

Emília Baierle Faraco

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE INDICADORES
PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Farmácia da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre em Farmácia.

Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Silvana Nair
Leite Contezini

Prof.^a Dr.^a Marení Rocha Farias

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faraco, Emilia Baierle
Desenvolvimento de Protocolo de Indicadores para
Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência
Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde / Emilia Baierle
Faraco ; orientadora, Silvana Nair Leite Contezini ;
coorientadora, Marení Rocha Farias. - Florianópolis, SC,
2016.
251 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Avaliação em
Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I.
Contezini, Silvana Nair Leite. II. Farias, Marení Rocha.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. IV. Título.

Emília Baierle Faraco

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE INDICADORES
PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa Pós-Graduação em Farmácia.

Florianópolis, 13 de Dezembro de 2016.

Prof.^a Tania Beatriz Creczynski Pasa, Dr.^a

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC

Banca Examinadora:

Prof.^a Silvana Nair Leite Contezini, Dr.^a

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dr.^a

(UFSC – Orientadoras)

Prof.^a Miriam Falkenberg, Dr.^a

(UFSC – Membro titular)

Prof. Claudia Flemming Colussi, Dr.^a

(UFSC – Membro titular)

Prof.^a Noemia Tavares, Dr.^a

(UNB – Membro titular)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos dá oportunidade de cuidar e orientar aqueles que necessitam através dos conhecimentos adquiridos.

A Professora Silvana, minha orientadora, por ter me acolhido nessa caminhada e aberto às portas da academia para que pudesse desenvolver esse estudo, mesmo quando achei que não seria possível me pegou pela mão e mostrou novas possibilidades! Muito obrigada por explorar as minhas capacidades! Sem você este trabalho não existiria.

A Prof^a Mareni, pelo imenso apoio e disponibilidade em todos os momentos, pelas valorosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho, pelo aprendizado, por ser grande referência na área para mim e pelo apoio nos momentos difíceis.

Aos colegas e amigos farmacêuticos e pesquisadores do grupo “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, que participaram da oficina e contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

A todos os professores que contribuíram na minha formação durante o curso, em especial a Prof^a Claudia F. Colussi e Prof^a Maria Cristina Calvo pelos valiosos ensinamentos e sugestões para desenvolvimento do meu trabalho.

A minha querida amiga Marina que esteve sempre ao meu lado desde o início, quando nos conhecemos e parecia que já éramos amigas de longa data. Sempre pronta a ajudar sem medir esforços. Não tenho palavras para agradecer a sua parceria e amizade. Obrigada por todas as dicas valiosas!

Da mesma forma, agradeço a querida amiga e colega Claudia que contribuiu e compartilhou seus conhecimentos para o desenvolvimento desse estudo! Assim como as colegas Aline e Katiuce por sua amizade e intercâmbio de ideias.

A banca examinadora pela pronta disponibilidade, dedicação e contribuições.

Aos meus pais, que nunca deixaram de incentivar a busca pelo conhecimento e desenvolvimento profissional, sendo um enorme exemplo de superação!

As minhas irmãs, Marília e Júlia, que mesmo à distância estão presente em todos os momentos incentivando e na maioria das vezes ajudando em tudo o que for preciso!

Aos meus amores, Michel pelo companheirismo, valiosos ensinamentos, inúmeras orientações e sugestões. Obrigado pela paciência e amor nesse momento em que estive ausente!

A razão da minha vida, meu Predo, meu filho, minha vida. Diversas vezes o deixei esperando, sem minha atenção, sem meu abraço, mas com meu coração despedaçado! Cada letra, cada palavra, página, vírgula...este trabalho todo é dedicado a você que um dia entenderá minha luta e a importância da busca pelo conhecimento.

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

No Brasil, a Política Nacional da Assistência Farmacêutica e a inserção da assistência farmacêutica na atenção primária datam de 2004. A Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde é entendida como um conjunto amplo de atividades que compreende regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais em instalações de cuidados de saúde primários. Considerando a capacidade de gestão como um requisito fundamental para o sucesso de uma política, este estudo demonstra a adaptação e o processo de operacionalização de indicadores para a avaliação da capacidade gestão da Assistência Farmacêutica. Através da convergência teórica entre os conceitos de capacidade de gestão e aqueles que fundamentam governança em saúde, e do banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) visou-se avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde pública no Brasil em nível municipal. A partir de um protocolo de avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica composto por 44 indicadores foram promovidas as adaptações necessárias para aplicação do modelo em um banco de dados nacional. As alterações promovidas na adequação dos indicadores resultaram na reformulação e adaptação de 17 indicadores. Em seis destes indicadores, as alterações referem-se apenas a fonte de coleta de dados. Devido à ausência de informações necessárias para aplicar as medidas preconizadas, 16 indicadores foram excluídos do protocolo original. Ao final, o protocolo proposto é composto por 30 indicadores apresentados em três dimensões: Organizacional, Operacional e Sustentabilidade. A metodologia adotada possibilitou, a partir do cruzamento entre os dados disponibilizados pela PNAUM e o protocolo de avaliação utilizado como referência, a proposição de indicadores para uma avaliação nacional da governança na área da assistência farmacêutica. O processo participativo; o uso de dados de vários atores envolvidos na área e a utilização dos princípios da Política Nacional de Saúde como base para escolha e construção de um protocolo de avaliação são os pontos fortes mais importantes deste estudo. Existem estudos de avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária que utilizam diferentes referenciais teóricos, embora a ausência de estudos utilizando o mesmo referencial adotado aqui dificulta a comparação com estudos de avaliação internacionais. Desta forma, o protocolo apresentado visa facilitar esse diálogo ao utilizar o

referencial de avaliação da governança, o qual já está sendo utilizado em estudos de avaliação na área da saúde em diversos países.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

In Brazil, the National Pharmaceutical Assistance Policy and the inclusion of Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care date back to 2004. Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care is understood as a broad set of activities encompassing regulation, planning, distribution and dispensing of essential medicines in primary health care facilities. Considering management capacity as a key requirement for the success of a policy, this study demonstrates the adaptation and the operationalization process of indicators for the evaluation of Pharmaceutical Assistance management capacity. Taking into account the theoretical convergence between the concepts of management capacity and health governance, in addition to data from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil (PNAUM), this study aimed to evaluate the Pharmaceutical Assistance governance in Primary Health Care at the municipal level in Brazil. Based on a protocol with 44 indicators for evaluation of Pharmaceutical Assistance management capacity, changes were performed for application of the model in a national database. The changes promoted in the adequacy of the indicators resulted in the reformulation and adaptation of 17 indicators. In six of these indicators, the changes refer only to the source of data collection. Due to the lack of information needed to implement the recommended measures, 16 indicators were excluded from the original protocol. In the end, the proposed protocol comprised 30 indicators presented in three dimensions: Organizational, Operational and Sustainability. Based on the cross-reference between the PNAUM data and the evaluation protocol used as a reference, the methodology adopted allowed proposing indicators for a national evaluation of pharmaceutical assistance governance. The participatory process, the data from various actors in the field and the principles of the National Health Policy used as the basis for choosing and constructing the evaluation protocol are the most important strengths of this study. There are other studies evaluating Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care with different theoretical references, however the lack of further studies using the same framework as the one adopted here makes the comparison with international evaluation studies more difficult. In this way, the proposed protocol aims to facilitate this dialogue as it uses the governance evaluation framework, which is already being used in health evaluation studies in several countries.

Keywords: Health Evaluation, Health Management, Pharmaceutical Services

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Triângulo de Governo de Matus50

Figura 2 – Percurso metodológico da pesquisa.....78

Figura 3 – Convergência de dados.....79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais definições dos sistemas de saúde, estruturas e conceitos.	41
Quadro 2 - Estudos de Avaliação da AF.....	64
Quadro 3 - Cronologia do Modelo de Avaliação Capacidade de Gestão da AF.	69
Quadro 4 - Eixos de análise, populações de estudo, unidade de sorteio e elementos da amostra da PNAUM.....	73
Quadro 5 - Protocolo de Variáveis selecionadas nos bancos de dados da PNAUM para responder aos indicadores do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica.	82
Quadro 6 - Pontuação Máxima dos Indicadores da Matriz Avaliativa.	88
Quadro 7 - Seleção dos Municípios.	90
Quadro 8 - Ações promovidas na adequação da matriz avaliativa.....	92
Quadro 9 - Alterações promovidas na matriz avaliativa do modelo original.	94
Quadro 10 - Inclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa.....	99
Quadro 11 - Indicadores da Matriz Avaliativa original de Manzini e Mendes (2015) que não foram mantidos no Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF.....	100
Quadro 12 - Transferência de Indicadores nas Dimensões	103
Quadro 13 - Indicadores do Modelo de Avaliação de Manizini e Mendes (2015) mantidos sem nenhuma alteração.	104
Quadro 14 – Premissas da Dimensão Organizacional e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF.....	107
Quadro 15 - Premissas da Dimensão Operacional e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF.....	112
Quadro 16 - Premissas da Dimensão de Sustentabilidade e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF.....	120
Quadro 17 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão Organizacional	126
Quadro 18 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão Operacional	130
Quadro 19 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão de Sustentabilidade	134
Quadro 20 - Variáveis disponíveis pela PNAUM.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
AF - Assistência Farmacêutica
APS - Atenção Primária à Saúde
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CFT - Comissão de Farmácia Terapêutica
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLAD - Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia
DF - Distrito Federal
EAC - Equipe de Agentes Comunitários
EAD - Educação à distância
ESF - Estratégia Saúde da Família
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GPPSF - Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos
HSG - Framework for Assessing Health System Governance
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM - Índice desenvolvimento humano em escala municipal
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MBA - Misión Barrio Adentro
MS - Ministério da Saúde
NEPAF - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica
NESCON/UFGM - Núcleo de estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNAF - Política Nacional de AF
PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP - Procedimento Operacional Padrão
QUALIFARSUS - Qualificação da AF no âmbito do Sistema Único de Saúde
RAS - Redes Atenção à Saúde
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SPSS - System Statistics
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.
URM - Uso Racional de Medicamentos
US - Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	27
1.1.1 Objetivo Geral	27
1.1.2 Objetivos Específicos	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE	29
2.1.1 Particularidades das Políticas Públicas de Saúde no Brasil frente a outros países	30
2.1.2 Evolução da Gestão Pública em Saúde	33
3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	47
3.1 CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	49
3.2 CONECTANDO CONCEITOS: CAPACIDADE DE GESTÃO DA AF E A GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE	51
4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS	59
4.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	60
4.2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	63
4.2.1 Modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF (Manzini e Mendes, 2015)	68
5 PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL – PNAUM	73
6 METODOLOGIA	77
6.1 SELEÇÃO DE DADOS DA PNAUM E SUA ADAPTAÇÃO PARA INDICADORES DE AVALIAÇÃO SEGUNDO O NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA APS	79
6.2 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ADAPTADO COM DADOS ORIUNDOS DA PNAUM	80
6.3 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E VALIDAÇÃO DA APLICABILIDADE DO NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	81
6.3.1 Amostra	89

7 RESULTADOS	91
7.1 NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	105
8 DISCUSSÃO	137
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	148
ANEXOS.....	181
ANEXO A – Portaria N° 2.077, de 17 de Setembro de 2012.....	181
ANEXO B – Questionário Coordenador da AF	183
ANEXO C – Questionário Dispensador	195
ANEXO D – Questionário Médico	203
ANEXO E – Questionário Usuário	211
ANEXO F – Roteiro Observação.....	239
ANEXO G – Parecer n° 633.253	247

1 INTRODUÇÃO

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “*o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos*”, e ainda reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independente de sua condição social e econômica, sua crença religiosa e política ratificando a importância de uma política sanitária.

No Brasil, as políticas públicas de saúde se fortalecem a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde¹, realizada em 1986 no Distrito Federal (DF) com ampla participação de trabalhadores, governo e segmentos organizados da sociedade. Esta conferência é considerada um marco revolucionário na história da saúde (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998) e serviu de base nas negociações na Assembleia Nacional Constituinte para a Reforma Sanitária em 1988.

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a “saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população” (BRASIL, 1990).

Assim concebido, como parte da Reforma Sanitária, o SUS estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação (RODRIGUEZ NETO, 1994). Nessa lógica, tem-se a publicação de várias políticas de saúde em diversos segmentos a partir da Política Nacional de Saúde (PNS) fundamentada nos princípios do SUS, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços (WHO, 2000).

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990, o SUS é responsável pela elaboração e execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF) (BRASIL, 1990).

¹ VIII CNS “constituiu um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira, em consonância com a Conferência de Alma-Ata. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida” (CUNHA, J; CUNHA, R, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída em 2004, estabelece as normas para o desenvolvimento de produtos farmacêuticos e as diretrizes para a gestão do acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos. De acordo com a PNAF, a AF deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).

Embora apresente algumas variações entre os países, especialmente entre os desenvolvidos e em desenvolvimento, a concepção da AF é considerada uma prática relevante, reconhecendo estes serviços como parte da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) (MARIN, LUIZA et al. 2003). O termo “*Assistência Farmacêutica*” tem sido usado no Brasil numa concepção mais abrangente e diretamente relacionada à legislação de saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) no serviço público de saúde brasileiro tem como propósito a reorientação da AF voltada para a ampliação do acesso, a garantia de qualidade e segurança dos medicamentos e a descentralização da gestão dos serviços farmacêuticos. A AF é determinante para resolutividade da atenção em saúde e considerada um indicador de qualidade da assistência à saúde (CARLOS, 1997) e como ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde é fundamental para a efetividade da atenção e dos serviços de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CONASS, 2007).

Apesar da sua relação direta com os serviços de saúde, o foco do trabalho, da formação e das políticas do setor farmacêutico ficou limitado à produção e desenvolvimento de medicamentos por longo período. No contexto global, desde que a OMS desenvolveu o conceito de medicamentos essenciais e, posteriormente, do Uso Racional de Medicamentos (URM), o conceito de serviços farmacêuticos vem mudando o foco, passando dos produtos para os usuários.

Em 2011, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) definiu Serviços Farmacêuticos como

[...] um conjunto de ações no sistema de saúde que visa garantir assistência integral, integrada e contínua para responder às necessidades de saúde e problemas da população, tanto individual como coletiva; tendo os medicamentos como um dos

elementos essenciais, contribuindo para o seu acesso igualitário e uso racional nas unidades de saúde. Tais ações, desenvolvidas pelo farmacêutico ou sob a sua coordenação, como parte de uma equipe de saúde, com a participação da comunidade, possuem como objetivo alcançar resultados de saúde definidos levando à melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2011, p.25).

O acesso aos medicamentos é um componente chave dos sistemas de saúde. Oferecer acesso regular a medicamentos de alta qualidade, adequados e a preços acessíveis é uma prioridade global, destacada em acordos internacionais, como a Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) e em conferências mundiais, como a *World Health Assemblies* (UNGA 2000; WHA 2002).

Apesar de algumas limitações importantes, considerando a dimensão federativa do Estado brasileiro², o SUS tem conseguido melhorar substancialmente o acesso à atenção primária e de emergência, alcançar a cobertura universal de vacinação e de avaliação pré-natal, e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e tecnologia, incluindo grandes esforços para atender as necessidades farmacêuticas essenciais do país.

A descentralização do sistema de saúde foi fundamental para a implementação do SUS envolvendo legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis de governo, com um importante crescimento da responsabilidade dos municípios nos últimos anos, incluindo o acesso aos medicamentos essenciais e aos serviços farmacêuticos (PAIM et al. 2011).

Diante disso, para atender as demandas dos usuários de saúde, a maior parte dos municípios tem contratado farmacêuticos como gestores da AF, sustentados em um amplo conjunto de atividades que se incorporam nos conceitos de gestão, e de modo geral são compreendidos como a capacidade de fazer o que precisa ser feito (LIMA, 2006; CARVALHO et al. 2007).

Segundo Lima (2006), a gestão pública está ligada com a melhor relação entre recurso, ação e resultado. Ou seja, quanto maior a

² República federativa com uma população estimada em 204.450.649 (IBGE, 2015). É o quinto país mais populoso do mundo e seu sistema político é composto de vários partidos políticos e três níveis de governo autônomo – governo federal, 27 Estados e 5563 municípios (IBGE, 2010).

necessidade de um planejamento eficiente no município, maior deverá ser a capacidade do gestor público para governar. Para Motta (1993), governar é a arte de pensar, decidir e agir e de fazer as coisas acontecerem para obtenção de resultados.

Aplicando o referencial de Carlos Matus (1993) sobre governo e governar, Guimarães e colaboradores (2004) desenvolveram o conceito de capacidade de gestão para políticas públicas. Assim, inspirados nesses conceitos Barretos e Guimarães (2010) propuseram a definição para a capacidade de gestão da AF em nível primário de saúde como a “capacidade de formular, articular e desenvolver condições para a implementação e sustentabilidade da AF descentralizados e compartilhados em um município”.

Considerando as premissas das políticas que norteiam a capacidade de gestão da AF, que recomendam o planejamento das ações conforme as necessidades de saúde da população alvo, fundamentando-se no conceito ampliado de saúde, torna-se essencial promover a equidade e reorientação dos serviços para práticas de governança em saúde que poderão gerar sustentabilidade aos resultados favoráveis à igualdade em saúde (WESTPHAL, 2007).

Governança em saúde, por sua vez, pode ser compreendida como a capacidade do Estado de responsabilizar-se pela saúde e bem-estar da população e conduzir o sistema de saúde em sua totalidade (OMS, 2007). Dessa forma, considerando a capacidade de gestão um componente estratégico da governança em saúde e a AF como parte fundamental desse processo, avaliar a capacidade de gestão da AF em contextos distintos exige metodologias que possibilitem uma leitura comparativa e aplicável para realidades diferentes.

Estudos sobre a capacidade de gestão no contexto das políticas e serviços farmacêuticos ainda são escassos, embora no Brasil algumas iniciativas tenham desenvolvido o ensino e avaliação da gestão dos serviços e políticas farmacêuticas (BARRETO, GUIMARÃES, 2010; LEITE et al 2015; GERLAK et al 2016).

No processo avaliativo da AF na atenção primária, alguns aspectos importantes devem ser considerados, como: os diferentes tipos de dados e pontos de vista dos atores envolvidos (CORNWALL; JEWKES, 1995); os custos e as restrições para realização de uma avaliação (BAMBERY et al 2012); as características dos serviços primários de saúde no Brasil (PAIM et al 2011); a importância da AF na APS e sua capacidade de gestão, sendo requisito fundamental para o sucesso de um programa de saúde pública.

A AF na APS tem sido avaliada principalmente no nível local (BARRETO; GUIMARAES 2010; NAVES; SILVER 2005; EMMERICH, LUIZA, PEPE 2009; LEITE et al 2015), dada a dificuldade de se realizar estudos nacionais devido à dimensão geográfica e estrutura organizacional do Brasil, composto por 5.563 municípios.

Em 2004, Guimarães e colaboradores desenvolveram um modelo de avaliação para organizações sociais que foi aperfeiçoado posteriormente, em 2007, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica – NEPAF da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (BARRETO, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, 2007) para avaliar a capacidade de gestão da AF de municípios baianos.

Esse referencial tem ancorado o desenvolvimento de outras avaliações da AF na APS, como por exemplo, os estudos avaliativos realizados pelo Grupo de Pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos” (GPPSF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), destacando-se a dissertação de mestrado intitulada “Assistência Farmacêutica nos Municípios Catarinenses: Desenvolvimento de um Modelo para Avaliação da Capacidade de Gestão” de Manzini (2013).

Partindo do modelo de avaliação do NEPAF/UFBA, com a percepção de que a mudança de contexto, mesmo avaliando objetos semelhantes, era algo que deveria ser levado em consideração no processo avaliativo, a matriz avaliativa, atribuição do juízo de valor e instrumentos de pesquisa foram atualizados e adaptados, resultando no modelo de avaliação para a realidade catarinense (MANZINI, 2013).

A partir dos elementos obtidos no estudo de Manzini (2013), o protocolo de avaliação foi aplicado em seis municípios de Santa Catarina por meio da dissertação denominada “Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no Contexto Catarinense” de Mendes (2013), que realizou a coleta de dados no campo de pesquisa e emitiu o juízo de valor através dos resultados obtidos com a análise dos dados.

Resultante da expertise adquirida com a condução destes e outros projetos de avaliação da capacidade de gestão da AF, o GPPSF/UFSC publicou em 2015 o Livro “Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta para Avaliação no Contexto Municipal - A experiência em Santa Catarina” em parceria com o NEPAF/ UFBA.

O livro apresenta o processo de construção de indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica a partir do modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações

sociais construído pelo Grupo de pesquisa “Descentralização e Gestão de Políticas Públicas da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia” até os resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica nos seis municípios pesquisados em Santa Catarina, demonstrando a dimensão e amplitude que envolve a gestão da assistência farmacêutica.

Contudo, ainda existe uma escassez de estudos avaliativos da gestão da AF e em consonância com a necessidade de traçar um panorama para avaliar a AF no contexto nacional, atentando para as diversidades do país, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com diferentes órgãos desenvolveu a Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), sendo a primeira pesquisa nacional no sentido de avaliar a AF em diferentes aspectos (BRASIL, 2012).

A PNAUM foi conduzida em 2015 em todo o território nacional sendo composta por pesquisa populacional e levantamento dos serviços farmacêuticos na APS, que buscou investigar como os serviços de AF se organizam na APS do SUS para garantir o acesso e o URM e identificar os fatores que interferem na consolidação da AF no âmbito municipal/DF (BRASIL, 2012).

Diante dos aspectos que tangem o processo de avaliação da AF, entendendo-a como uma política descentralizada e de características diversas, devido à heterogeneidade do Estado brasileiro, o propósito da PNAUM está em subsidiar o desenvolvimento de estudos avaliativos dos diferentes componentes da AF.

Entende-se que atualmente não existe uma leitura das realidades através de um modelo padrão que possa comparar as diversidades de informações da capacidade de gestão da AF nas diferentes regiões do Brasil que trace um panorama situacional da gestão da AF na APS. A ausência de uma avaliação da capacidade de gestão da AF que possibilite sua aplicação de forma global e que permita uma análise comparativa entre as regiões, considerando suas particularidades, tem impacto direto na falta de parâmetros para distribuição de recursos, padronização de boas práticas e avaliação de desempenho dos serviços farmacêuticos.

Considerando a riqueza dos dados coletados pela PNAUM e a necessidade de avaliar a AF a nível nacional tomando como base o modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF adaptado por Manzini e Mendes (2015) do modelo do NEPAF (2007), ambos aplicados em um contexto regional, entende-se a relevância em responder os seguintes questionamentos: De que forma é possível

propor a adaptação de um modelo para a avaliação da capacidade da gestão da AF com abrangência nacional? Como utilizar dados de uma base nacional para avaliar a AF na APS? Como aplicar um protocolo de indicadores a partir da adequação de um modelo de avaliação regional para uma amostra nacional?

Diante disso, esse estudo pretende demonstrar o processo de adaptação de um modelo de avaliação já aplicado em amostras regionais a partir da adequação dos indicadores que compõem a matriz avaliativa para a aplicação em uma base de dados nacional, com a finalidade de contemplar as particularidades da gestão da AF nas diferentes regiões do país.

O confronto dos dados coletados pela PNAUM e a adequação da matriz avaliativa visam identificar as diferenças regionais dos municípios e apresentar um panorama da capacidade de gestão da AF nas diferentes regiões do Brasil, sob a ótica da governança pública em saúde, fornecendo um protocolo para avaliar a capacidade de gestão da AF na APS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Propor um protocolo de indicadores para avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Adaptar um modelo de avaliação para a aplicação em uma base de dados nacional para avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na APS pública no Brasil;
- Validar o protocolo de indicadores proposto junto a especialistas para a avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na APS nos municípios brasileiros.
- Verificar a aplicabilidade do modelo proposto em um banco de dados nacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE

O termo *política pública* foi conceituado por Augusto, em 1989, como “a ação estatal nas diferentes dimensões da vida social”. As movimentações internas no Estado refletem sua natureza contraditória, seu espaço de dominação e conflitos; e a cada momento histórico irá adquirir um desenho correspondente como também é aplicado às políticas sociais (PESSOTO et al. 2015).

A fim de conceituar os *sistemas de políticas públicas em saúde* a partir dos primeiros registros que se têm notícias na história, encontra-se no relatório de Dawson (1920) uma estrutura organizacional baseada em diferentes níveis de atenção.

Outro apontamento traz a conceituação à luz da experiência inicial de organização de um sistema nacional de saúde hierarquizado na União Soviética por Semashko, em 1918, que já englobava os níveis de atenção (ROS et al. 2008). A conferência de Alma-Ata, em 1978, aponta estratégias para os sistemas de saúde alcançarem a meta de saúde para todos no ano 2000 (SPT 2000) e especificou ainda os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002).

No Brasil, os registros de 1880 a 1930, permeiam a investigação bacteriológica e parasitológica relacionada à estrutura social da época, voltada à produção agroexportadora e às doenças tropicais, ainda que o advento da bacteriologia se sobrepõe aos determinantes sociais das doenças (NUNES, 1985).

Já em 1918, iniciam-se campanhas de educação em saúde, por meio de ações pontuais e fragmentadas, voltadas para a questão do saneamento e do controle de endemias através do Código Sanitário. Considera-se que esse período se refere à fase de organização da estrutura dos serviços de saúde baseada no saber científico e na imposição de medidas que deveriam ser seguidas, expressando o fortalecimento e reconhecimento da autoridade e da capacidade dos órgãos que estavam sendo criados (SARRETA, 2009).

No período anterior a 1930, as políticas sociais apresentavam caráter emergencialista e somente com a transição da economia é que surge um sistema de assistência à saúde com características de proteção social (TAKI, 2004).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, inicia-se a intervenção do Estado na saúde e por meio de campanhas

sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, é desenvolvida a saúde pública, saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico-hospitalar (SARRETA, 2009).

Portanto, o desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde incorpora a conquista da cidadania no Brasil e pode ser resumido em três fases históricas. Inicia no século XVIII, através do reconhecimento dos direitos civis. A partir do século XIX, reflete-se a conquista dos direitos políticos, como o direito de voto. E, no século XX, acontece a terceira fase do desenvolvimento das políticas sociais, definida pelo reconhecimento dos direitos sociais (ONU, 2011).

2.1.1 Particularidades das Políticas Públicas de Saúde no Brasil frente a outros países

A proposta de financiamento dos serviços clínicos essenciais do Banco Mundial nos anos 1990, assumida também pela OMS, vigorou na maior parte das reformas ocorridas nos países em desenvolvimento na última década do século XX. A proposta recomendava a diminuição da presença do Estado no financiamento das políticas sociais. Em outras palavras, o Banco Mundial recomendou que os governos dessem ênfase à privatização e à descentralização administrativa em suas estruturas de saúde para que houvesse uma melhora nos sistemas, sendo que o Estado deveria prover apenas os serviços mais básicos de saúde, privatizando o resto. A maior parte dos países latino-americanos foi fortemente influenciada por essa política econômica (PESSOTO, 2001). Embora impulsionadas por motivos comuns, e com características semelhantes, como a participação e o controle social nos seus sistemas de saúde, essas reformas se diferenciam entre os países (VASQUEZ, 2002).

Segundo a OMS (1978), na década de 1970 a situação sanitária dos países latino-americanos apresentava grandes problemas de saúde, a exemplo dos altos índices de mortalidade infantil e grandes epidemias de febre amarela e malária. Muitos países de todo o mundo e especialmente da América Latina, promoveram reformas em seus sistemas de saúde que objetivaram a extensão de cobertura dos serviços de saúde e a promoção da saúde de suas populações.

No Brasil, além das reformas interrompidas com o golpe de 1964, houve em 1974 a formulação da política social, com a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que tinha por objetivo implantar políticas de massa, de cobertura sem precedentes na América Latina, com reflexos altamente positivos nas condições gerais de vida

daqueles seguimentos sociais, até então, os mais afetados pelo modelo social excludente (TAKI, 2004).

No período entre 1985 até 1988, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras, refletindo a presença de movimentos organizados da sociedade nos conselhos de gestão nacional nas áreas da saúde, previdência, educação e trabalho.

Dessa forma, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, ocorre o processo de redemocratização do País, que produz a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeia um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (IPEA, 2009).

Nesse contexto, diante do movimento da Reforma Sanitária que teve seu marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deu-se início o processo para a criação do SUS (BRASIL, 1986). Considerando os preceitos constitucionais de 1988, diversos instrumentos de gestão vêm sendo utilizados no SUS a fim de atender as necessidades da administração pública, conforme sua capacidade técnica, administrativa e gerencial atentando para as diversidades e características regionais (BRASIL, 1988).

O desenvolvimento do SUS possibilitou a instituição de fóruns de negociação e deliberação entre os gestores das três esferas de governo como forma de remover entraves para solução de problemas entre os entes federados. Foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde são resolvidos conflitos e encaminhadas soluções para problemas demandados pelos gestores do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011a).

A modernização do Estado brasileiro se dá a partir da estratégia de descentralização dos serviços e sua gestão, além da participação da sociedade nos conselhos de saúde considerada arranjo institucional inovador. Considera-se que o grau de inovação dos conselhos está na inclusão de representantes do governo, dos profissionais e dos prestadores do setor em condição paritária com os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil (RIBEIRO, GUIMARÃES, 2007; GUIMARÃES, RIBEIRO, 2009).

A reforma no sistema de saúde no Brasil impulsionou a municipalização dos serviços de saúde pública buscando assegurar um sistema único de saúde sob controle comunitário, garantido em lei, sob comando administrativo único em cada nível de governo (município, estado e federação).

Estes fatos impulsionaram uma mudança significativa na forma de gestão, criando mecanismos de participação da comunidade no processo de tomada de decisão. Um exemplo foi a criação de conselhos municipais de saúde, com representação paritária de usuários, prestadores de serviço e agentes do poder público, vista como um movimento contra hegemônico na tendência mundial de financiamento e organização dos serviços públicos (PESSOTO et al. 2015).

O fim das ditaduras militares na maioria dos países da América Latina e a Declaração Internacional de Alma Ata, que instituiu a meta de “Saúde para Todos até o ano 2000”, impulsionaram essas reformas (BRASIL, 2000).

Assim como no Brasil e demais países das Américas, os modelos de políticas públicas dos demais continentes passam por mudanças importantes, principalmente a partir de 1930, com o surgimento do Estado do Bem-Estar Social (Welfare State) nos países desenvolvidos. Nessa mesma época, mais especificamente em 1938, na Inglaterra ocorre a reforma neoliberal que promove mudanças nos sistemas de saúde e se intensifica com o governo Thatcher, em 1970 (DIAS; CARIO, 2014).

Em muitos países europeus os sistemas tendem a ser universais apenas nos princípios, mesmo que a maioria opere em sistemas de cobertura universal, pois para quem procura asilo ou é imigrante ilegal, a cobertura de cuidados de saúde pode ser inexistente na prática e podem ser observados acessos não equitativos na França, Alemanha e Irlanda (WOLF al. 2004; ALBER; KOHLER, 2004).

Diante da evolução dos sistemas de saúde no âmbito nacional, bem como avanço da sociedade civil e do Estado, considerando a complexidade de um sistema de gestão capaz de dar voz à diversidade brasileira e seus subsistemas regionais de representação política, mesmo que implementado tardiamente e numa conjuntura internacional adversa, o sistema de saúde pública do Brasil demonstra pequenas aproximações com os sistemas de saúde dos países das Américas e europeus, considerando as trajetórias histórico-institucionais, as conjunturas políticas, sociais e econômicas (GERSCHMAN, 2008).

Dentre todas as políticas públicas implementadas no país, o sistema de saúde brasileiro com caráter social é a única política que visa atender de fato os princípios da universalidade, equidade e integralidade e contempla todas as classes sociais, sem distinção. As particularidades do SUS se evidenciam quando comparado com os sistemas e políticas públicas de saúde de outros países.

Através desta sumária exposição considera-se que o SUS possui particularidades que não são replicadas em outros países, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único com objetivo de garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população (ALVES, 2003).

No entanto, considerando que o Brasil é um país de enorme diferenciação em que as políticas sociais foram originariamente estratificadas, onde poucos estavam incluídos e a maioria da população excluída, com a criação do SUS tem-se o rompimento dessa cultura, que passa a universalizar e dar direito a todos independentemente da capacidade contributiva de cada um.

Dos três princípios do SUS, é na universalidade que ocorreram os maiores avanços, devido à expansão da oferta dos serviços, a exemplo da própria APS, dos serviços de urgência e mais recentemente da saúde bucal e da vacinação (PORTELA, 2013).

Portela (2013) destaca ainda, que o princípio da igualdade avançou menos, pois o acesso aos serviços é muito mais fácil para quem tem melhores condições econômicas, existindo ainda muita desigualdade no sistema de saúde.

No que se refere ao princípio da integralidade, o qual pressupõe que ao mesmo tempo em que se oferece a assistência médica individual, a reabilitação, também é preciso oferecer programas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Segundo Portella (2013), dos três princípios este foi o que menos avançou.

O SUS atende toda a população brasileira, proporcionando uma grande variedade de serviços gratuitos e constitui efetivamente o único serviço de saúde para mais da metade da população e o principal fornecedor de cuidados para a população mais pobre (BANCO MUNDIAL, 2007).

No entanto, a despeito dos muitos avanços ocorridos no setor nos últimos 15 anos, os princípios e diretrizes que norteiam o SUS ainda não estão operacionalizados plena e suficientemente. A população ainda se depara com uma atenção desprovida da adequada equidade, humanização e qualidade. Mudar tal realidade, que resulta de diversos fatores, é um requisito imprescindível à inclusão social e à integração nacional (BRASIL, 2014).

2.1.2 Evolução da Gestão Pública em Saúde

Existem vários movimentos empenhados na busca pela melhoria da qualidade e maior abrangência da política pública em saúde no Brasil, com objetivo de cumprir todos os preceitos do SUS, proporcionando acesso da população aos serviços de saúde de forma integral e universal. Dentre esses movimentos, está a evolução do modelo de gestão dos sistemas de saúde, que devido a suas particularidades e complexidade, necessita apoiar-se em conceitos que vão além da prática gerencial.

Um dos desafios mais atuais do campo da gestão é considerar e incorporar racionalidades advindas das diversas dimensões intervenientes no funcionamento das organizações e que estão além dos clássicos processos administrativos, passíveis de normalização e funcionamento burocratizado (GOULART, 1998).

Possibilitar que as organizações operem com eficiência, isto é, sejam concomitantemente, organizações com recursos otimizados e grande capacidade resolutiva (BARBOSA, 1998), reflete a incorporação de novas práticas e envolvimento da sociedade no processo decisório, de forma que as estratégias devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários.

No campo da gestão, é bastante difundida a ideia de que os sistemas e serviços de saúde encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Portanto, as perspectivas de construção de modelos gerenciais aplicáveis nas organizações de saúde forçosamente exigem compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade (BARBOSA, 1998).

Nesse sentido, aponta-se para um conceito mais abrangente que vem sendo construído e incorporado, nas últimas décadas, utilizado inicialmente nas organizações privadas e posteriormente muito empregado em instituições públicas para contextualizar a nova tendência de tornar o setor público mais eficiente e ético (BRASIL, 2014).

A literatura sobre gestão pública vem crescentemente enfatizando o termo “*governança*”, salientando novas tendências de gestão de políticas públicas, com enfoque particular na necessidade de mobilizar todo conhecimento disponível na sociedade em benefício da melhoria da performance administrativa e da democratização dos processos decisórios locais, reconhecendo as potencialidades relacionadas à ampliação da atuação e envolvimento dos atores sociais na gestão pública (KOOIMAN, 2002).

Neste debate acerca da redefinição das funções e das formas de agir do Estado em articulação com a sociedade, que emerge na agenda o conceito de governança. Segundo Costa (2003, p.150), pretendia-se com

o termo governança “ampliar o conceito estritamente econômico de gestão pública, para alcançar uma visão mais abrangente que envolva interdisciplinarmente, as dimensões econômica, política e social, no sentido de aumentar a capacidade de governo”.

A governança se preocupa com a qualidade do processo decisório e sua efetividade a fim de saber como obter o maior valor possível, por quem e porque as decisões foram tomadas, além de verificar se os resultados foram alcançados. A gestão, por sua vez, parte da premissa de que já existe um direcionamento superior e que aos agentes públicos cabe garantir que ele seja executado da melhor maneira possível em termos de eficiência (BRASIL, 2014).

Apesar dos conceitos de governança serem multifacetados, não há dúvida alguma sobre uma mudança substancial dos conceitos tradicionais, baseados no princípio da autoridade estatal para abordagens de governança, destacando novas tendências de uma gestão compartilhada e interinstitucional que envolve o setor público, o setor produtivo e o terceiro setor (STOKER, 2000).

A criação de redes e as parcerias público-privada são processos políticos cada dia mais dominante no mundo contemporâneo fragmentado e representam o reconhecimento dos próprios limites da ação estatal, onde “governar torna-se um processo interativo porque nenhum ator detém sozinho o conhecimento e a capacidade de recursos para resolver problemas unilateralmente” (STOKER, 2000, p. 93).

Para Bresser-Pereira (2000) após o esgotamento do modelo burocrata com a crise do Estado no Brasil nos anos 90, o surgimento de um conjunto de práticas corporativas que visa aumentar a eficiência do setor público e responsabilização dos gestores, através do controle dos resultados da gestão pública, configurou o que foi chamado de *Nova Gestão Pública*.

2.1.2.1 Conceitos de Governança Pública

A palavra governança surgiu em países anglo-saxões na década de 1970, com objetivo de proteger os interesses de acionistas minoritários de empresas e passou a ser utilizado posteriormente, nos anos 1980, pelo Banco Mundial em seus relatórios, como sinônimo de “bom governo” (BANCO MUNDIAL. 2013).

Ao pesquisar o termo “*governança pública*” na literatura depara-se com diversos conceitos, sendo que o significado original de governança continha um entendimento associado ao debate político-desenvolvimentista, no qual o termo era usado para referir-se a políticas

de desenvolvimento que se orientavam por determinados pressupostos sobre elementos estruturais como: gestão, responsabilidades, transparência e legalidade do setor público (KISLER; HEIDEMANN, 2006).

Dentre os achados bibliográficos destacam-se contribuições importantes que elucidam melhor o conceito de governança pública e que sustentarão o entendimento póstero de Governança em Saúde Pública. Inicialmente foi definida por Evans, em 1989, como a capacidade do Governo em tomar decisões pertinentes, com presteza e também demonstrar habilidade para sustentar políticas, gerando adesões e condições para o desenvolvimento de práticas cooperativas, rompendo com a rigidez do padrão de gestão pública dominante, o termo passa a ser conceituado por vários autores com definições ambíguas e aplicações diferentes, sendo amplamente utilizado em diversos setores da sociedade, com diferentes significados dependendo da perspectiva de análise.

Da agenda do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, nos anos 1990, emerge o conceito de governança, com uma dimensão fortemente prescritiva, representando, como observado por Borges (2003), um deslocamento das preocupações do Banco Mundial das questões mais técnicas voltadas ao gerenciamento da política econômica, para uma dimensão mais política onde questões como ampliação da participação de vários atores na formulação e implementação das políticas, informação e transparência, *accountability*³, equidade e direitos humanos têm lugar naquilo que passou a ser conhecido como “boa governança” (COSTA, 2003).

Em 1992, o Banco Mundial propõe uma definição geral para governança, entendendo como o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo, ou seja, a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento, implicando sobre a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções.

³ *Accountability* “al cumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a um organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma” (CLAD, 2000, p. 329). Ou “mecanismos institucionais por meio dos quais os governantes são constrangidos a responder, ininterruptamente, por seus atos ou omissões perante os governados” (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004, p. 81).

Santos (1997) refere-se à governança como o *'modus operandi'* das políticas governamentais que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, a definição do “mix” apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas.

O autor defende ainda que o conceito não se restringe aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado. Refere-se a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico e social, incluindo-se aí não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais, hierarquias e associações de diversos tipos. Ou seja, a governança opera num plano mais amplo, englobando a estrutura e a forma de operar dos governos e a sociedade como um todo.

Dentre os mais importantes autores brasileiros no campo da administração e gestão pública, destaca-se a definição sucinta de Bresser-Pereira (1998, p.33) como “a capacidade financeira e gerencial de formular e implementar políticas públicas”.

Em 2001, Löffler propõe entender a governança pública como:

Uma nova geração de reformas administrativas e de Estado, que têm como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma eficaz, transparente e compartilhada, pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade civil, visando uma solução inovadora dos problemas sociais e criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes (Löffler, 2001, p.212).

Kooiman (2003) defende a governança pública como um processo dinâmico, no qual o ensaio de um modelo de Administração Pública onde as atividades de um governo são pensadas e realizadas entendendo que as demandas sociais não são uma responsabilidade isolada deste agente, do mercado ou da sociedade civil (KOOIMAN, 2003).

Nesse contexto, Denhardt (2004) argumenta que diante da influência da dinâmica das relações entre Estado e sociedade sob o desenvolvimento e os resultados das políticas, o processo político deve estar permeado por duas importantes reflexões, uma acerca da

correspondência entre as decisões dos administradores públicos e o que é de interesse da sociedade (responsividade) e outra que avalie a capacidade do sistema de governo para planejar o que é possível realizar (eficácia).

Para Kissler e Heidemann (2006, p.480),

Não existe um conceito único de governança pública, mas antes uma série de diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro. Pairam dúvidas não somente sobre as bases de cooperação entre esses atores, mas também sobre seus resultados (KISSLER E HEIDEMANN, 2006, p.480).

No entendimento de Matias-Pereira (2010, p.124), para existir a boa governança o fator “participação proativa de todos os atores envolvidos: dirigentes, políticos, órgãos de controle e, em especial, da sociedade organizada” deve estar presente.

Nessa perspectiva, considerando a governança pública como um processo dinâmico, destaca-se o elo entre as potencialidades da sociedade e a capacidade de administração das relações por parte de um governo que entende o Estado como coordenador do processo de desenvolvimento da sociedade, ainda que a sua autoridade seja atualmente menos em função de competências legais e mais em função de mecanismos de cooperação (DIAS; CARIO, 2012).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de compreender a governança pública como um processo de mudança da gestão em busca de valores sociais publicamente definidos e não apenas como administração governamental. Considerando que, se governo é diferente do empreendimento privado, a governança pública também é diferente, portanto, as organizações públicas como parte da estrutura de um governo, tem seu interesse voltado à prestação de serviços ao público e não à produção de lucros (DIAS; CARIO, 2012).

Os autores destacam ainda que as organizações públicas,

[...] tem metas mais difíceis de serem mensuradas e por isso são limitadas em relação ao grau de

eficiência que podem atingir, já que essa prestação de serviços e a avaliação da respectiva eficiência são voltadas ao interesse público. Seus processos de tomada de decisão devem, assim, ser de perspectiva pluralística. Resultados de um processo pluralístico exigem processos democráticos e, para isso, as organizações públicas e toda a estrutura do Estado devem ser permeadas pelo objetivo da responsividade tanto quanto devem corresponder aos anseios públicos (DIAS; CARIO, 2012, p.12).

Dias e Cario (2012) citando Kissler e Heidemann (2006), destacam que os pressupostos da governança pública suportam a ideia do Estado estratégico que transforma seu papel em três sentidos:

[...] de um Estado de serviço e produtor do bem público para um Estado que serve de garantia à produção do bem público [...] de um Estado ativo e provedor solitário para um Estado ativador e coordenador das relações dos atores para que produzam com ele [...] de um Estado dirigente ou gestor para um Estado cooperativo, onde o bem público é produzido em conjunto (DIAS; CARIO, 2012, p.02).

Por fim, destaca-se a definição de governança pública concebida pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE):

Governança Pública diz respeito aos arranjos formais e informais que determinam como são tomadas as decisões públicas e como são implementadas as ações públicas, na perspectiva de manter os valores constitucionais de um país em face de vários problemas, atores e ambientes (OCDE, 2006).

Percebe-se a diversidade de conceitos encontrados tanto nas definições institucionais como na literatura a respeito da governança pública, não sendo possível expressar de forma singular ou mesmo padronizar a definição sobre este tema (SILVA et al. 2014).

Não existe um modelo único de governança, diferentemente do modelo burocrático, a governança não pretende ser um modelo organizativo e funcional de validade universal. A governança é multifacetada e plural, busca eficiência adaptativa e exige flexibilidade, experimentação e aprendizagem via prova e erro (PETERS; PIERRE, 1998; PRATS I CATALÁ, 2006).

No entanto, destaca-se aqui que dentre os conceitos apresentados àquele que mais se aproxima das proposições deste estudo é o conceito de Pierre e Peters (2000) e Bevir (2010), já destacado anteriormente, que definem governança como uma nova forma de pensar sobre as capacidades do Estado e as relações entre este e a sociedade, defendendo que ele deve desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento, considerando a emergência da reintegração das esferas econômica, social e política.

2.1.2.2 Governança Pública em Saúde

Em seu relatório sobre desempenho dos sistemas de saúde, a OMS (2000), definiu sistema de saúde como *todas as atividades cujo principal objetivo é promover, recuperar ou manter a saúde*, e destacou as quatro funções primordiais dos sistemas de saúde, sendo elas: administração; geração de recursos; financiamento; e prestação de serviços. Governança foi incluída sob o conceito de administração, que por sua vez foi definida como *gestão cuidadosa e responsável do bem-estar da população* (OMS, 2000).

A governança de saúde estrutura-se na crença de que o governo tem a responsabilidade primária pela saúde de seus cidadãos e está apto, em cooperação com outros países, a proteger sua população dos riscos à saúde (DODGSON et al. 2002).

Em 2007, com o lançamento de um novo relatório com objetivo de fortalecer os sistemas de saúde e melhorar seus resultados, a OMS propôs atualização da estrutura dos sistemas de saúde, onde a arquitetura foi melhor elaborada apresentando seis blocos de construção: liderança e governança; profissionais de saúde; informação; produtos médicos, medicamentos e tecnologias; financiamento; e prestação de serviços (OMS, 2007).

Dessa forma, a OMS (2007) entende governança em saúde como a capacidade do Estado de responsabilizar-se pela saúde e bem-estar da população e conduzir o sistema de saúde em sua totalidade e destaca três responsabilidades para o exercício efetivo da governança do setor de saúde: (a) prover visão e direção ao sistema de saúde; (b) coletar

informação “inteligência”; e (c) exercer influência mediante regulação e outros mecanismos.

A maior ou menor capacidade do governo para o exercício da governança do setor saúde pode afetar todos os resultados do sistema de saúde e tem o propósito de implementar decisões e ações públicas para satisfazer e garantir, no marco do modelo de desenvolvimento nacional adotado, as necessidades e legítimas aspirações em saúde do conjunto dos atores sociais (OPAS, 2007).

A importância da governança dos sistemas de saúde é evidente, considerando que a maioria das conceituações e descrições dos sistemas de saúde desenvolvidos ao longo da última década tratam de aspectos de governança, quer em termos de supervisão, regulação, ou mesmo a própria governança, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais definições dos sistemas de saúde, estruturas e conceitos.

EXPRESSÃO-CHAVE	ASPECTOS PRINCIPAIS DA GOVERNANÇA	REFERÊNCIA
Desempenho do Sistema de Saúde	Primeiro enfoque em autonomia como uma função do sistema de saúde;	WHO: Health Systems Improving Performance, 2000.
Funções Essenciais de Saúde Pública	Reforço da regulação da saúde pública e as capacidades de execução como uma das funções essenciais de saúde pública;	Pan American Health Organization: Essential public health functions. Public health in the Americas, 2002.
Fatores determinantes de desempenho do Sistema de Saúde “ <i>Control Knob</i> ”	Regulamentada como um dos botões de controle do sistema de saúde para melhorar o desempenho;	Roberts et al.: A Guide to Improving Performance and Equity, 2004.
Fortalecimento dos Sistemas de Saúde	Reforço da capacidade do sistema de saúde, incidindo sobre a administração e regulação;	Mills et al.: Disease Control Priorities in Developing Countries. Edited by: Jamison et al. 2006.
Blocos de Construção do Sistema de Saúde	Articulação da governança como um dos seis blocos de construção principais do	WHO: Everybody's Business: Strengthening Health Systems to

EXPRESSÃO-CHAVE	ASPECTOS PRINCIPAIS DA GOVERNANÇA	REFERÊNCIA
	sistema de saúde e reformulação da administração em governança;	Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action, 2007.
Sistemas de Saúde Dinâmico	Identificar a gestão e os arranjos organizacionais como uma das quatro alavancas disponíveis aos decisores políticos para atingir objetivos e metas;	Atun et al.: Health Systems and the Challenge of Communicable Disease. Edited by: Coker et al. 2008.
Maximizando as sinergias positivas	Assegurar que a governança e as outras seis funções de um sistema de saúde sejam conduzidas por pessoas para promover a igualdade;	WHO: Maximizing positive synergies between health systems, 2008.
Pensamento sistêmico para o reforço dos sistemas de saúde	Ligações do pensamento sistêmico para blocos de construção do sistema de saúde, e conceitua a governança através dos blocos de construção.	de Savigny et al.: Systems Thinking for Health Systems Strengthening, 2009.
Monitoramento de Blocos de Construção do Sistema de Saúde	Propõe indicadores para o monitoramento da governança e os outros blocos de construção do sistema de saúde.	WHO: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies, 2010.

Fonte: Adaptado de Mikkelsen-Lopez, 2011.

Durante as décadas de 1980 e 1990, os processos de Reforma do Estado que se implantaram nos países da região promoveram transformações que impuseram novos desafios à Autoridade Sanitária⁴ e ao exercício de sua função de governança.

⁴ Conjunto de organizações/entidades/atores do Estado responsável por velar pelo bem público em saúde e seu objetivo primordial é a proteção e a promoção da saúde da população. Expressa-se pela capacidade do Estado em incidir sobre as funções, responsabilidades e competências substantivas que lhe são próprias e indelegáveis, para efetivamente velar pelo bem público em questões de saúde.

No Brasil, o fortalecimento da governança em saúde encontra-se na agenda do setor saúde há pelo menos 15 anos. A implantação do Pacto pela Saúde aponta a estruturação da governança em saúde através de um conjunto de reformas institucionais acordadas entre a União, os estados e os municípios, visando à reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de governança para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade (BRASIL, 2006).

Percebe-se que a União, como esfera competente para estabelecer as normas gerais de organização do SUS tem buscado entender e construir um mecanismo efetivo de governança do sistema (TAVARES et al. 2013), onde se destacam a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde, ambas de 2006.

Essas políticas apontam para o planejamento de ações conforme as necessidades de saúde da população alvo, norteados pelos determinantes sociais que estão relacionados às condições de vida e que fomentem uma maior facilidade para as escolhas saudáveis pelos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2006).

Além disso, orientadas por estratégias de promoção da qualidade de vida e redução das iniquidades em saúde, essas políticas fundamentam-se no conceito ampliado de saúde, tornando-se crucial promover a equidade e reorientação dos serviços de saúde para práticas de governança que poderão gerar sustentabilidade aos resultados impactantes e favoráveis à equidade em saúde (WESTPHAL, 2007).

A governança do SUS envolve ações administrativas complexas, que requerem modelos organizacionais avançados e capazes de agregar valor público aos recursos destinados à saúde. Além disso, a população começa a ter maiores expectativas sobre os serviços de saúde e demanda maior qualidade e uso de novas tecnologias de alto custo (BRASIL, 2009).

Mendes (2011) sugere a inovação do processo de organização do sistema de saúde através do redirecionando de suas ações e serviços para o desenvolvimento das Redes Atenção à Saúde (RAS)⁵ a fim de

Observam-se diferenças estruturais na composição da Autoridade Sanitária em função do caráter federativo ou unitário do país e da organização institucional do setor saúde (OPAS, 2007).

⁵ RASs: Novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de

produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica.

Nas RAS a governança é aspecto inerente à organização do sistema de saúde, configurando-se como arranjo que possibilita a organização e gestão de todos os componentes da rede, permitindo a definição de objetivos e metas a serem cumpridas, articulação das políticas em prol do desenvolvimento de maior capacidade de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação (TAVARES et al. 2013).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) alguns critérios são necessários para a boa governança em saúde, como:

- ✓ Participação: todos os cidadãos têm voz no processo decisório, seja diretamente, seja indiretamente através de instituições que representam seus interesses;
- ✓ Legalidade: a estrutura legal deve ser justa e imparcial;
- ✓ Transparência: a transparência deve ser garantida pelo livre fluxo das informações;
- ✓ Responsividade: as instituições e seus processos devem servir a todos os cidadãos;
- ✓ Orientação para o consenso: a governança busca mediar os diferentes interesses pela construção de consensos;
- ✓ Equidade: todos os cidadãos têm iguais oportunidades de buscar ou manter seu bem-estar;
- ✓ Efetividade e eficiência: as instituições e seus processos produzem resultados que atendem às necessidades dos cidadãos, fazendo o melhor uso dos recursos;
- ✓ Responsabilização (accountability): os decisores devem prestar contas aos cidadãos e aos diferentes atores sociais;
- ✓ Visão estratégica: as lideranças devem ter uma perspectiva de longo prazo na governança e no desenvolvimento humano (RONDINELLI, 2006).

Contudo, Siddiqi e colaboradores (2008), ressaltam que existem várias questões relacionadas à governança contemporânea dos sistemas de saúde existindo assim flexibilidade para integrar novos critérios à medida que surgem, destacando que os princípios da governança dos

sistemas de saúde devem estar orientados no contexto da política social e não apenas em princípios normativos.

Os autores destacam ainda que governança é uma função do estado, no entanto, isso não funcionará sem a intervenção de todos os atores do sistema de saúde - comunidade, sociedade civil, prestadores privados, organizações sociais, funcionários da saúde pública e os parceiros de desenvolvimento (SIDDIQI et al, 2008).

Nesta perspectiva, a governança só poderá florescer se fundada em um forte compromisso com os princípios de equidade e democracia baseados na sociedade civil. Os princípios da governança se encontram em consonância com as perspectivas da saúde coletiva, devendo orientar as decisões e ações para o setor saúde no Brasil (FREITAS et al. 2002).

A OMS (2007) destaca que com as mudanças da administração e políticas públicas, em particular a descentralização, a ênfase está na “boa governança” e na gestão eficaz, diferentemente dos modelos anteriores que focavam no “comando e controle”. A sociedade na maioria dos países não aceita mais o papel passivo, exigindo maior influência na forma como os serviços de saúde são executados, incluindo a forma como as autoridades de saúde são responsabilizadas pelo seu trabalho.

O fato de os serviços de saúde não terem alcançado um grau de desenvolvimento harmônico e equitativo, eficiente e de qualidade, persistindo desarticulações, duplicações e vazios de atenção, assim como a existência de grupos sem acesso a serviços básicos de saúde reforçaram a necessidade de fortalecimento da governança em saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, entende-se a governança em saúde como a forma pelo qual os atores se inter-relacionam para alcançarem os resultados desejados das políticas públicas (BOVAIRD, LÖFFLER, 2003). No que diz respeito à assistência farmacêutica, um modelo de governança local pode facilitar a organização dos serviços farmacêuticos e o envolvimento dos profissionais em ações de promoção, prevenção, cura ou reabilitação de maneira transversal e integrada tendo como foco o indivíduo, a família e a sua comunidade (PINHEIRO, 2010).

3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O termo *Assistência Farmacêutica* surgiu no Brasil da tradução dos termos “Pharmaceutical Services” e “Servicios Farmacéuticos” do inglês e do espanhol, respectivamente, evoluindo de maneira muito particular, ganhando contornos próprios e uma amplitude que inclui a produção, pesquisa, e desenvolvimento de produtos farmacêuticos; assim como outros aspectos da gestão desse âmbito, compreendidos como o ciclo logístico (OPAS/OMS, 2013).

Fundamentado nas propostas aprovadas na Iª Conferência Nacional de Medicamentos e AF realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004, por meio da Resolução n. 338, a PNAF, na qual assistência farmacêutica é definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004c).

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, fica estabelecido que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pela promoção e estruturação da AF e a garantia do acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006a).

O financiamento da AF torna-se responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na CIT. A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), estabelece que os recursos federais sejam repassados na forma de blocos de financiamento.

Esta Portaria apresenta o Bloco de Financiamento da AF constituído por três componentes: Componente Básico da AF;

Componente Estratégico da AF; e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

A AF tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais, estando sua reorientação sustentada na descentralização da gestão, na promoção do URM, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2002a).

Marin e colaboradores (2003) defendem a adoção de um enfoque sistêmico para a organização da gestão da AF como uma estratégia de superação da lógica fragmentada da área. Considerando que somente um esforço conjunto possibilitará que o SUS efetivamente ofereça à população AF de alta qualidade, organizados como unidades de um mesmo sistema buscando a reorientação da gestão dos serviços farmacêuticos para que se traduzam em garantia de acesso a medicamentos e serviços.

A produção de conhecimento é considerada estratégica para seu desenvolvimento, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos e serviços. Exige articulação permanente com áreas técnicas, administrativas, coordenações de programas estratégicos de saúde (BRASIL, 2006).

Ampliar o acesso e garantir o URM, integrar a AF às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar o farmacêutico na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a AF e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios da PNAF (CFF, 2010).

Construir o real significado da AF e a sua inserção na atenção à saúde, exige dos gestores do SUS compromissos sérios com a estruturação e a qualificação dos serviços farmacêuticos e sua necessária articulação multiprofissional e intersetorial.

A necessidade de construir uma nova gestão da AF no SUS fundamenta-se na implementação desta nova prática nos Estados e Municípios, sendo necessário, para isto, o desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e melhoria das atividades desenvolvidas (CFF, 2010).

3.1 CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Com a estruturação tardia da AF no SUS surge a necessidade de reorientação do foco da AF estritamente no componente logístico para incluir a melhoria da gestão e a qualidade dos serviços promovendo o acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais, com uso racional, tanto do ponto de vista terapêutico quanto do ponto de vista dos recursos públicos. Essa reorientação busca deslocar a ênfase do produto para focar o usuário dos serviços, equilibrando os dois componentes em uma atuação sistêmica (VIEIRA, 2008).

Diante dos avanços evidenciados na AF no SUS, vários autores destacam a necessidade de fortalecer a gestão e enfatizam que o modelo atual se mostra ultrapassado e ineficiente. Outro aspecto fundamental para a gestão da AF referente à alocação de recursos para sua qualificação é evidenciado por Vieira (2010, p.155) onde se destaca que:

[...] se os serviços não funcionam de forma satisfatória alocar mais recursos em medicamentos implica aumentar as perdas, devido à ineficiência no gerenciamento dos serviços. Para tanto, faz-se necessário contratar farmacêuticos e pessoal auxiliar, profissionalizar os trabalhadores por meio da educação permanente e investir na estruturação dos serviços, oferecendo instalações adequadas e equipamentos, além de sistemas informatizados apropriados.

Segundo Moratelli e Inácio (2010), a maior parte dos trabalhos dessa área traz o conceito de gestão ligado ao campo da administração clássica. Esses achados evidenciam a visão tecnicista da gestão da AF, privilegiando os princípios organizacionais com forte viés burocrático, numa condição de fornecedora de medicamentos, ou seja, voltada à logística de medicamentos.

Guimarães e colaboradores (2004) chamavam atenção aos conceitos de gestão existentes na literatura, os quais se fundamentam em campos teóricos diversos e a polarização qualitativa no campo da administração e da ciência política. A luz da administração, a gestão é vista sob a ótica gerencial, com características operacionais e instrumentais voltadas para coordenação e controle. Já no campo da ciência política, incorpora uma dimensão que se traduz em aspectos

menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade no processo decisório. Constata-se que estes conceitos não são antagônicos e em certa medida eles se complementam na discussão sobre o conceito de gestão (GUIMARÃES et al. 2004).

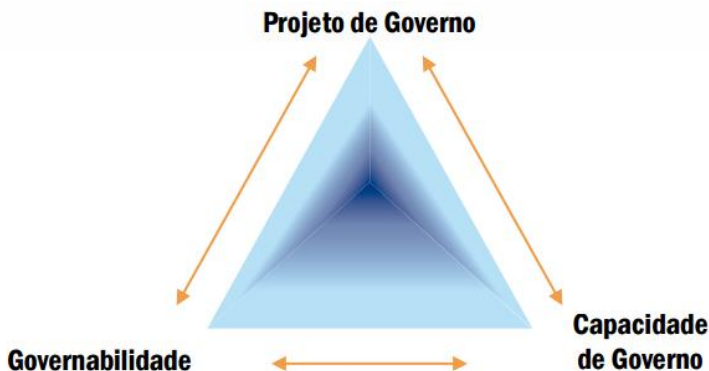
Barretos e Guimarães (2010) citando Junquillo (2001, p. 1208) definem *gestão* como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados” e *capacidade de gestão* como “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (GUIMARÃES et al. 2004, p. 1648).

A construção do conceito-guia sobre gestão partiu, inicialmente, da discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governo, o qual se aproxima, tanto do ponto de vista conceitual como operacional da capacidade de gestão.

Para Matus (1993), a capacidade de governo é aferida com base em três dimensões, interdependentes entre si, cujas relações compõem o Triângulo de Governo. Essas dimensões revelam a capacidade de governo por meio da articulação dinâmica entre a existência de projetos de governo (Dimensão 1), do grau de governabilidade do sistema (Dimensão 2) e da capacidade de governo (Dimensão 3) (GUIMARÃES et al. 2004).

Este modelo triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica), como categorias políticas (governabilidade do sistema), demonstrado na Figura 1 (MATUS, 1993).

Figura 1 - Triângulo de Governo de Matus



Fonte: Matus, 1996 *apud* Manzini et al. 2015.

Assim, o conceito-guia de gestão adotado, assume que a capacidade de gestão de uma organização pode ser também aferida pela capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas (GUIMARÃES et al. 2004).

Para esses autores, a decisão é o elemento central que perpassa o processo de gestão e se expressa por meio de três dimensões: uma *dimensão organizacional* que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); uma *dimensão operacional* (capacidade de executar), que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a *dimensão da sustentabilidade* (capacidade de sustentar resultados), que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão (GUIMARÃES et al. 2004).

Embora muitos estudos ainda direcionam a gestão da AF para uma visão tecnicista, privilegiando os princípios organizacionais com forte viés burocrático, numa condição de fornecedora de medicamentos, ou seja, voltada à logística de medicamentos, pode-se dizer que essas questões representam apenas um dos vértices do Triângulo de Matus, ou seja, a Capacidade de governo, que significa a importância de manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto.

No setor público brasileiro a AF se refere às políticas sociais voltadas à saúde e se materializa com a oferta de medicamentos e serviços afins (SANTOS, 2011). Com a pactuação da AF como uma política social de grande impacto, esta necessita ter capacidade de gestão e requer uma reflexão sobre gestão, que está além de questões técnicas somente.

3.2 CONECTANDO CONCEITOS: CAPACIDADE DE GESTÃO DA AF E A GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE

A gestão da AF se constitui em um dos maiores desafios do governo, na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais,

tornando imprescindível que os governos, nos três níveis de gestão, priorizem a questão do planejamento, execução e gestão dos recursos alocados para a AF, com transparência e responsabilidade, garantindo o *accountability*, em conformidade com os princípios do SUS e com amparo legal (BRUNS et al. 2014).

Com a evolução dos modelos de gestão em saúde e avanço dos conceitos de gestão pública através da convergência da Nova Administração Pública para a Governança Pública de Serviços de Saúde surge a necessidade de aperfeiçoamento dos conceitos de gestão da AF.

Parafraseando Bovaird e Löffler (2009), Robichau (2011) defende que, ao longo dos últimos trinta anos, a Administração Pública Burocrática foi parcialmente substituída pela Nova Administração Pública e agora para uma perspectiva de Governança Pública.

Em consonância com os achados na literatura, que indicam a imprescindibilidade de avançar nesse campo a fim de evolucionar os conceitos de gestão da AF, percebe-se a urgência de aproximação dos modelos de gestão dos serviços farmacêuticos às novas tendências da governança pública. Em 2003, Marin e colaboradores, já defendiam que o componente governança teria sido adotado como princípio norteador da AF no SUS.

Ao recapitular o conceito de governança pública em saúde de Canoistrini⁶ (2009) é inevitável remeter ao pensamento estratégico de Matus (1993), o qual defende que o processo de governar não é exclusividade nem monopólio de um único ator social, mesmo que ocupe o posto mais elevado em um setor, organização ou país, e detenha o controle dos recursos financeiros. Governar é algo complexo e coletivo, em que quem governa não é um indivíduo, mas uma composição dinâmica entre diversos atores.

Contudo, tem-se discutido atualmente sobre metodologias de formulação de políticas, planos, programas e projetos de saúde, além da abordagem de métodos e as técnicas para a identificação de necessidades e análise da situação da saúde. Considerando que cada realidade impõe uma determinada forma de organizar os serviços de saúde (TEIXEIRA et al. 2002), é fundamental utilizar ferramentas que possibilitem conhecer os contextos particulares, tornando as práticas de

⁶ Governança é o processo pelo qual a sociedade civil influencia o planejamento e a sustentabilidade de políticas de governo e de Estado, emergindo a importância da participação comunitária no efetivo controle social das decisões de políticas de governo e de Estado (CANOISTRINI, 2009).

planejamento e programação das ações de gestão passíveis da identificação de problemas prioritários (RIVERA, 1997).

Na tentativa de convergir para uma mesma direção, entende-se a necessidade de confrontar o referencial teórico que fundamenta a capacidade de gestão da AF com os conceitos de governança pública em saúde anteriormente apresentados aqui. O enfrentamento desse referencial com o modelo de governança adotado pelas RAS aponta para grande aproximação entre as duas vertentes. No entanto, observam-se vestígios contraditórios entre os conceitos de governança e o posicionamento dos serviços farmacêuticos na política das RAS, que situam a AF no componente “sistemas de apoio” (MANZINI et al. 2015).

Esses vestígios são corroborados pela indagação de Manzini e colaboradores (2015), que questionam se as farmácias públicas realmente podem ser compreendidas como um “sistema de apoio”. A prática vigente mais comum no campo da AF valoriza apenas a disponibilidade do medicamento não atendendo às necessidades propostas pelas RAS, sendo que algumas discussões na área, inclusive pelo Departamento de AF do MS (DAF/MS), trazem a inserção da AF não só nos sistemas de apoio, mas também inserida tanto na atenção primária, que é a ordenadora do cuidado, quanto nos pontos de atenção secundários e terciários (MANZINI et al. 2015).

Ainda, Manzini e colaboradores (2015, p.232) destacam que:

O abastecimento dos medicamentos, incluindo aí as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, deve ser parte integrante dos sistemas de apoio; e as ações clínicas, como dispensação, orientações terapêuticas e de saúde, seguimento farmacoterapêutico, atenção farmacêutica e ações de promoção e educação em saúde, integradas às equipes de saúde, devem estar inseridas na atenção primária e nos pontos de atenção secundários e terciários.

Ueta, Hoepner e Bernardo (2010, p. 273) destacam que:

[...] sem uma estratégia de trabalho, que aproxime o serviço farmacêutico das unidades de saúde, pode-se perder o contato com a comunidade, com as unidades de saúde e com os profissionais,

especialmente da Estratégia de Saúde da Família, sendo que esse contato é fundamental para o desenvolvimento de estratégias visando o uso racional de medicamentos.

Nesse sentido, pondera-se sobre a promoção do URM, a qual pode estar intimamente ligada ao modelo de governança, uma vez que este é vista como uma nova forma de pensar sobre as capacidades do Estado e as relações entre este e a sociedade, defendendo que ele deve desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento (PIERRE e PETERS, 2000; BEVIR, 2010).

Retomando Manzini e colaboradores (2015, p.101) “tem-se, então, que a realidade atual pressiona, fortemente, os gestores e gerentes que atuam no SUS, inclusive na AF, no sentido de produzirem cada vez mais bens e serviços, com menos gastos relativos e, ainda, com adequada qualidade”.

Destaca-se aqui alguns autores que apontam para a AF como prática social, ou seja, entendem a AF básica como o conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do URM de forma descentralizada e compartilhada (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Esses mesmos autores conceituam a gestão da AF na AB da saúde como a

[...] capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da AF Básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Diante da importância da gestão farmacêutica na APS e do papel dos serviços farmacêuticos no SUS esse estudo apropria-se dos conceitos de *gestão* e *capacidade de gestão*, assumidos por Guimarães e colaboradores (2004), onde o conceito de gestão é entendido como:

[...] um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados (GUIMARÃES et al., 2004).

E a capacidade de gestão é

[...] a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência,

mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão (GUIMARÃES et al., 2004).

Esse conceito foi trabalhado posteriormente por Santos e colaboradores (2006), que analisaram a estrutura da governança de políticas públicas no âmbito estadual e partindo também do conceito de capacidade de gestão agregam à discussão sobre governança e governabilidade, postulando um conceito de gestão centrado na capacidade governativa do Estado em contextos democráticos, que incorpora princípios que estão postos na atualidade para todas as políticas públicas, tais como, a descentralização, a participação, a transparência e o accountability.

Dessa forma, os autores apresentam uma proposta operacional para a conformação da estrutura de gestão de políticas públicas de natureza social, pensada de forma a revelar as capacidades de decidir, de executar e de sustentar os resultados, socialmente responsável e politicamente viável, onde sugerem uma convergência conceitual entre os conceitos de governabilidade e governança e o conceito de gestão, entendido como capacidade de “governar”, ou seja, o *modus operandi* da autoridade política (SANTOS et al. 2006).

Segundo estes autores, a gestão envolve não apenas aspectos técnico-administrativos (relacionado à teoria da Administração Clássica), mas também aspectos de natureza estratégica e política (se aproximando da ciência política) e destacam que

[...] o conceito de governança, por um lado, incorpora aqueles aspectos da discussão mais ampla da governabilidade e, por outro, tem no processo decisório, com novos formatos e com a participação de diferentes atores, sua essência. Esta mesma essência pode ser encontrada no moderno conceito de gestão, que contempla também uma ênfase objetivada nos resultados (SANTOS et al. 2006, p.5).

A discussão sobre gestão na literatura encontra-se em dois campos: no da administração clássica, com foco na gestão empresarial e no campo da administração pública com foco nas instituições do governo.

Constata-se que estes polos conceituais não são antagônicos e/ou excludentes entre si, e em certa

medida eles se complementam na discussão sobre o conceito de gestão, em uma perspectiva que traduz, em um termo mais usual na administração pública, aqueles princípios que fundamentam a busca de uma boa governança (SANTOS et al. 2006, p.6).

Portanto, no entendimento dos autores, ao definir *gestão* e *capacidade de gestão* a partir da discussão levantada por Matus (1993), Guimarães e colaboradores (2004) apresentam uma síntese entre as categorias de governança e de governabilidade, sem perder de vista a dimensão gerencial que se mantém em evidência, ao tomar como foco o modo de “governar a política pública”.

Em uma perspectiva tridimensional, também adotada por Diniz (1996) para explicar a ideia de governança, onde Matus (1993) defende que a capacidade de governar é aferida a partir de três dimensões, interdependentes entre si (Triângulo de Governo) que traduzem a ideia de que a capacidade de governo revela uma articulação dinâmica que conduz o sistema ao alcance dos objetivos negociados, entre: a existência de projetos de governo; a existência de determinado grau de governabilidade do sistema; e a capacidade de governo.

Ao desenvolver sua ideia sobre o ato de governar Matus (1993) revela um entendimento, ainda que não explícito, sobre o ato de gerenciar, e o analisa assumindo que esta ação requer o uso de recursos não só operacionais, técnicos e financeiros como também recursos de poder, ou seja, recursos políticos, vistos como estruturantes da ideia de governo (SANTOS et al. 2006, p.6).

Nesse sentido, Santos e colaboradores (2006, p.6) assumem que “[...] sem pretender simplificar uma discussão de estatuto teórico inquestionável, é possível assumir, a existência de uma convergência conceitual entre a ideia de governar, de gestão, de governança e de governabilidade”. Entendendo, portanto, que a gestão é observada a partir da interdependência de *capacidades*, as quais são verificáveis através de um conjunto de variáveis que traduzem aspectos técnicos, administrativos e também políticos.

Destaca-se ainda Barreto (2007) onde:

Guimarães e colaboradores (2004) assumem o conceito de gestão a partir da ideia de capacidade,

pelo fato de tratar-se de um propósito de avaliação. Ou seja, o que será medido /aferido é a “capacidade”. Entende-se, portanto, que a gestão é observada a partir da interdependência de “capacidades”, as quais são verificáveis através de um conjunto de variáveis que traduzem aspectos técnicos, administrativos e também políticos. Nesse caso a gestão está sendo conceituada tomando como foco a capacidade de formular/decidir, operar e sustentar resultados (BARRETO, 2007).

Existem diversas concepções sobre os conceitos de gestão e governança e diferentes interpretações, no que diz respeito aos modelos e estruturas de governança em âmbito público.

Considerando que esse estudo toma como ponto de partida os conceitos de gestão e capacidade de gestão da AF de Guimarães e colaboradores (2004) pautados na discussão de Matus (1993) sobre capacidade de governo e orientada pelos princípios basilares da assistência à saúde no SUS ⁷, entende-se a capacidade de gestão da AF como um componente da *Governança Pública em Saúde*, ou seja, compreendida como parte de um conjunto de proposições, estruturas e mecanismos que atuam com o objetivo de ampliar e manter a capacidade governativa do Estado através da articulação da capacidade de decidir, executar e sustentar os resultados das decisões (SANTOS et al. 2006).

Contudo, a boa governança dos serviços de saúde baseada nos preceitos do SUS só será factível quando os serviços de saúde estiverem voltados para o interesse da coletividade, reconhecendo as diversidades regionais do Brasil e tratando as situações desiguais de maneira

⁷ Princípios basilares da assistência à saúde no SUS segundo Guimarães (2007): maior autonomia decisória do âmbito municipal com vistas a possibilitar um processo decisório mais rápido e, por consequência, mais efetivo; maior integração entre as esferas de governo e entre setores da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando maior interdependência e compartilhamento na autoridade e responsabilidade com a prestação de serviços à população; maior participação social e maior transparência, ao instituir, na estrutura organizacional, os conselhos de saúde, com vistas a gerar decisões mais consensuais, além de instituir canais e expedientes que possam, ao divulgar e socializar essas decisões para trabalhadores e usuários, contribuir para a construção de um processo decisório mais transparente e, por consequência, sujeito a um maior controle social.

desigual. Só assim o sistema de saúde poderá ser mais resolutivo e capaz de impactar na situação de saúde da população (MARIN, 2003).

4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

Estudos avaliativos de políticas e programas podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais, produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais.

A avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, como um instrumento para a melhoria do desempenho das organizações e do governo, promovendo uma maior capacidade de alcance dos melhores resultados desejados, e gerando uma maior possibilidade de governança (FELISBERTO, 2010).

Para Calvo e Henrique (2006), a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica e deve ser entendida como um processo de negociação entre atores sociais. O resultado da avaliação está associado às concepções e práticas de saúde dos envolvidos, pelos parâmetros e critérios adotados, pelos valores e motivações dos atores e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado.

Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos (MINAYO, 2006).

Para Tanaka e Melo (2001), avaliação é um processo técnico-administrativo que possibilita a emissão de juízo de valor para a tomada de decisão. Para estes autores, a avaliação é uma área de aplicação ao invés de ciência, visto que a mesma utiliza-se de teorias, conceitos e instrumentos de outras áreas do conhecimento.

Diante de um arcabouço teórico e reflexões metodológicas presencia-se o fortalecimento da avaliação como prática institucional, onde diversos autores afirmam não haver um consenso único e estabelecido sobre o conceito de avaliação na literatura. De acordo com Contandriopoulos e et al. (1997), seria uma vaidade propor uma definição universal e absoluta de avaliação, pois há, na trajetória histórica do conhecimento sobre a avaliação, a existência de quatro estágios (GUBA; LINCON, 1990 apud CONTANDRIOPOULOS, 1997). Isso ocorre devido às mudanças de contexto onde a avaliação está inserida (PASTANA, 2002).

Em diversos países é crescente a necessidade de avaliar programas e políticas e os processos de avaliação já fazem parte de muitos projetos de governo em países como a Nova Zelândia, Austrália,

Canadá e EUA. As nuances da avaliação variaram em cada país segundo a obrigação legal do Executivo informar ao Legislativo, a independência ou autonomia dos avaliadores, bem como o grau de centralização ou regionalização dos governos (DERLIEN, 2001).

Na Suécia, as primeiras avaliações foram realizadas na década de 1950 por comissões encarregadas da formulação de políticas e tomada de decisões. Países tais como o Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e os Estados Unidos, têm se esforçado para revitalizar, modernizar e até reinventar seus serviços públicos.

Em países desenvolvidos a avaliação é amplamente praticada e, ao longo dessa experiência, propostas metodológicas foram geradas por organismos internacionais de financiamento como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e por outras instituições como a OCDE, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD).

A CEPAL e o CLAD preconizam a necessidade de os países latino-americanos montarem sistemas de avaliação de desempenho para transformar a estrutura de suas atuais administrações públicas e para promover uma agenda de desenvolvimento que inclua estabilidade econômica, maior equidade, alocação mais efetiva dos recursos públicos e crescimento econômico sustentável (CUNHA, 2006).

Além do Brasil, Argentina, Chile e Colômbia são alguns dos países que incorporaram os princípios da “nova administração pública” (Bozzi, 2001, Toledo Silva, 2002, Silva e Costa, 2002). Recentemente o Governo Federal brasileiro tem realizado a avaliação sistemática de seus programas, revelando a importância da avaliação, como exemplo tem-se o Relatório Anual dos Planos Plurianuais que objetivam expressar a eficácia e eficiência dos programas (BRASIL, 2014).

4.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil aponta-se para as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, como processo da descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; as exigências cada vez maiores do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a

cobrança dos organismos financiadores externos (FIGUEIRÓ et al. 2006).

Paim (2005) afirma que diversas iniciativas para a avaliação em saúde em âmbito nacional vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, nas últimas três décadas, e ressalta que o interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, e que o próprio MS tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes, a exemplo disso tem-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que objetiva a institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS (BRASIL, 2012).

Diante disso, entende-se que as iniciativas do Governo Federal brasileiro, quanto ao processo da avaliação de políticas e programas, seguem as tendências internacionais, visando às pressões sociais para a melhoria da qualidade na provisão dos serviços públicos e às demandas para redução das despesas públicas (CUNHA, 2006).

Dentre os achados na literatura sobre avaliação dos serviços públicos de saúde em âmbito internacional enfatiza-se o modelo de avaliação adotado pela *European Commission Directorate General for Health and Consumers*, definido como uma ferramenta para mapear as capacidades existentes de promoção e saúde pública nos Estados Membros da União Europeia, com objetivo de identificar os pontos fortes e fracos e analisar a capacidade da saúde pública em sete dimensões (liderança, governança, estruturas organizacionais, recursos financeiros, força de trabalho, parcerias e desenvolvimento do conhecimento) identificadas com base em uma revisão e integração das definições e conceituações de capacidade de saúde pública atuais (ALUTTIS et al. 2013).

Destaca-se também o estudo *Western Cape Primary Care Assessment Tool study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa* (2013), que apresenta uma avaliação da atenção primária, a partir de 11 dimensões associadas com a melhoria da saúde dos usuários e redução de custos nos serviços de saúde através de dados coletados em 10 subdistritos, sendo 1432 usuários, 100 médicos e 64 gestores de 13 unidades de saúde, estratificados em formato de clusters (BRESICK et al. 2013).

Uma versão chinesa foi desenvolvida para avaliar o desempenho da atenção primária e prestação de serviços após a reforma dos cuidados de saúde na China, a partir de dimensões essenciais de cuidados

primários, ou seja, o primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação. O modelo de avaliação, Avaliação Tool Adult Primary Edition, foi adaptado para o estudo “The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China” e apresenta uma metodologia de avaliação rápida da atenção primária e prestação de serviços (JIE et al. 2015).

Há um grande número de instrumentos já consolidados e outros sendo desenvolvidos para avaliar serviços e políticas públicas, no entanto Faria (2005, p.98) argumenta que mesmo com concepções de caráter político, é possível observar “nos debates e nos estudos correlatos mais recentes a prevalência de um viés normativo e/ou uma priorização dos aspectos mais técnicos da avaliação das políticas públicas, bem como uma ênfase em seu papel de instrumento gerencial”.

Para avançar de uma prática de monitoramento e avaliação da gestão propriamente dita, para uma avaliação da governança, faz-se necessário construir minimamente desenhos de avaliações que busquem responder o “porquê”, ou seja, “como” alcançou ou não os resultados e não saber somente “se”. Em que dimensão existem potencialidades e como alcançam os resultados para melhoria da política (FARIA, 2005).

Para Siddiqi et al. (2009) a abordagem qualitativa mantém a riqueza das informações obtidas e facilita a identificação e resolução dos problemas. Para Anderson (2010) esta abordagem é útil para a formulação e avaliação de políticas públicas ao permitir a coleta, as análises e a interpretação dos dados do mundo real, aonde as políticas se desenvolvem, através dos conceitos e das atitudes das pessoas envolvidas.

Segundo Kirigia e Kirigia (2011) de um modo geral, as avaliações dos sistemas de saúde, são bem abrangentes, mas apresentam limitações, considerando que indicadores para medir aspectos relacionados ao acesso; a satisfação dos pacientes; a participação; a simplicidade administrativa, a continuidade do cuidado, o tempo de espera para atendimento, a disponibilidade dos serviços, recursos humanos e medicamentos, a oportunidade do acesso, a regularidade de reuniões de equipe, formação em serviço, equidade e a inclusão da percepção dos atores envolvidos sobre os serviços; ainda estão pouco desenvolvidos no mundo (KRUK; FREEDMAN, 2008).

À luz dos desafios da prática da avaliação em saúde, ainda são notórias as incongruências e desajustes no cotidiano, onde Cruz (2011) identifica algumas questões a serem tratadas, como:

[...] a incorporação de ações e de processos avaliativos nos diferentes níveis do SUS como algo descontextualizado; não priorização em responder questões avaliativas oriundas dos usuários, ou mesmo da sociedade civil organizada; necessidade de incorporar uma prática avaliativa mais dialógica e participativa; e o premente investimento na construção de uma cultura avaliativa condizente com os interesses que visem à melhoria do sistema único de saúde (CRUZ, 2011, p.20).

O grande desafio para os desenhos das avaliações é conseguir apreender o quanto o alcance ou não das mudanças esperadas diz respeito aos fatores contextuais, que podem interferir na obtenção da mesma, elucidando aí a necessidade de acompanhar determinantes e mudanças contextuais, por meio de indicadores, que possam ajudar a explicar a influência na implementação e nos efeitos da intervenção (CRUZ, 2011).

4.2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O entendimento da AF no contexto das políticas públicas remete à compreensão do processo de sua construção, implementação, suas interações e relações, bem como da necessidade de avaliação (BRASIL, 2006). Uma pesquisa realizada pela OPAS, em parceria com o MS (2005), apontou para deficiências na gestão, nos mecanismos de financiamento e na integração das ações de AF às ações de saúde, deixando clara a necessidade de investir para qualificação dos serviços.

No entanto, faz-se relevante ampliar os estudos sobre a problemática da gestão da AF no âmbito do SUS, e, em termos práticos, ressaltar a importância de consolidar metodologias que possam ser úteis na análise dos dados disponíveis e no suporte à gestão das políticas públicas. Apesar de ampla base de dados existente no país, persistem dificuldades para a realização de estudos sistemáticos com metodologias já consagradas para avaliação do desempenho da AF.

As informações gerenciais desse setor são relevantes, tanto para a formulação e implementação da política de AF, como para auxiliar os gestores na tomada de decisões, uma vez que refletem a realidade dos serviços por meio de indicadores seletivos e específicos, propiciando melhorias e racionalização da aplicação dos recursos (BRASIL, 2011).

A importância desses estudos reside na consolidação de modelos sistemáticos que podem ser aplicados para avaliação do desempenho da AF, como forma de subsidiar as decisões na busca da qualificação dos serviços ofertados à população.

Nesse sentido, o GPPSF/ UFSC ampara-se na definição de Champagne e colaboradores (2011), para nortear seus trabalhos, onde a avaliação é entendida como:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos, que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que se possa traduzir em ações (CHAMPAGNE et al. 2011, p.44).

Destacam-se algumas avaliações de grande importância no âmbito da AF realizadas no Brasil, com modelos validados nacionalmente para a realização de estudos locais, estaduais ou regionais, apresentadas no Quadro 2.

Em âmbito municipal, as avaliações relacionadas ao tema são restritas, na maioria dos casos, às questões específicas do ciclo logístico como: seleção, aquisição, armazenamento e distribuição; como evidenciam os estudos de De Bernardi e colaboradores (2006), Vieira e colaboradores (2008), Oliveira e colaboradores (2010), Souza e colaboradores (2012), entre outros.

Quadro 2 - Estudos de Avaliação da AF.

ANO	ESTUDO
1999	O modelo de financiamento do abastecimento de medicamentos, definido a partir da Política Nacional de Medicamentos, estabeleceu a participação das três esferas de governo no financiamento dos recursos para aquisição de medicamentos. A Gerência Técnica de AF do Departamento de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde realizou uma avaliação para identificar se as esferas

	estaduais e municipais estavam cumprindo suas responsabilidades, incluindo a participação financeira. A avaliação foi realizada por meio de entrevistas e consultas a documentos em todas as capitais (OPAS, 2005).
2001	O Brasil, por meio do Núcleo de estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFGM), participou do estudo multicêntrico <i>Strategies for Enhancing Access to Medicines</i> (SEAM), conduzido pela OMS e <i>Management Sciences for Health</i> (MSH) e financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates. O estudo foi realizado em duas regiões do estado de Minas Gerais (MSH, 2003).
2001	O NESCON/UFGM conduziu um estudo com a finalidade de conhecer o estágio da organização da AF em nível municipal, tendo como amostra 366 municípios, incluindo as capitais. A pesquisa foi do tipo quantitativa, realizada por intermédio de um processo de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (BRASIL, 2001).
2003/2004	O Departamento de AF - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), em conjunto com a OPAS/OMS, coordenou a pesquisa “Avaliação da AF no Brasil: Estrutura, processo e resultados”, na qual se utilizou o conjunto de indicadores desenvolvidos pela OMS (OPAS, 2005, EMMERICK, 2006).

Fonte: elaborado pela autora.

Muitas avaliações tradicionais de políticas ou programas sociais de saúde trabalham com instrumentos quantitativos, seguindo o modelo de avaliação sugerido por Donabedian (1980) que estabelece a tríade “estrutura, processo e resultado” e fundamenta-se na abordagem de que boas pré-condições têm maior possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em um resultado favorável, ou seja, se o processo correto for seguido é mais provável que o resultado seja positivo.

Um exemplo de aplicação desse modelo na avaliação da AF é o estudo de Oliveira e et al. (2002) intitulado “Avaliação da AF às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro”.

No entanto, alguns autores rebatem o modelo de Donabedian, sugerindo que a fraqueza maior da abordagem sistêmica para avaliar o cuidado em saúde é que nem sempre uma boa estrutura pode levar a um bom resultado no cuidado, ou seja, pode-se ter uma estrutura muito ruim

e um profissional com excelente capacidade técnico-científica o que será impactante no resultado do cuidado (VUORI, 1988).

À vista disso, pode-se dizer que as afirmações de Vuori (1988) são relevantes, no sentido de que a abordagem sistêmica proposta por Donabedian não consegue dar conta da totalidade de processos complexos como o cuidado, entendendo-se que não é suficiente para a aproximação do objeto de estudo, visto que ela não leva em conta outros fatores envolvidos na AF.

Esse modelo vem sendo contrastado com outras propostas que buscam romper com a ideia do modelo “caixa preta” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997), ao procurar identificar os fatores que interferem de fato para a obtenção dos melhores efeitos. Apesar de abordar o processo, a ênfase dada no uso dessa vertente é para a avaliação de resultado sem uma reflexão mais profunda sobre os diferentes atributos de qualidade sugeridos e nem tampouco uma compreensão e explicação clara sobre os problemas de qualidade relacionados ao processo (CRUZ, 2011).

Dessa forma, vislumbra-se que as organizações públicas não podem mais ser julgadas apenas pela excelência dos serviços prestados, devem considerar a excelência do exercício de atividades políticas, ambientais e responsabilidades sociais. Nesse contexto, entende-se que, assim como a gestão pública advinda da Nova Administração Pública passou por importantes reformas sugerindo um novo modelo de governar, a avaliação de serviços e da AF pública aponta para novos caminhos.

Ou seja, diante do complexo contexto da saúde pública e da evolução das exigências da sociedade, é necessário aprimorar os modelos de avaliar. Como referem Boivard e Löffler (2003), esta nova abordagem não levou ao desinteresse pela medição da qualidade ou quantidade dos serviços públicos, no entanto, estas formas de avaliação são agora abordadas do ponto de vista instrumental e não como um fim em si mesmo.

Neste sentido o grande desafio atual é encontrar formas de avaliação que sejam capazes de englobar as premissas da governança pública, como destaca Boivard e Löffler (2002, p.145),

[...] que possam ir além dos conceitos convencionais de qualidade, típicos da gestão privada, que olham para as agências públicas como provedores de serviços e para os cidadãos como clientes, acresce o conceito de qualidade

política, que olha para as agências públicas como catalisadores de responsabilidade e de uma sociedade civil ativa, através da participação dos cidadãos e de outros stakeholders.

Nutley e Boaz (2003) citando Böivard e Loffer (2003) destacam que há um maior interesse em medir a intervenção pública em termos da qualidade das transformações que são criadas do que a qualidade das atividades em si.

No entanto, existe ainda uma carência de estudos sobre a governança no âmbito da AF, apesar do crescimento dos discursos sobre a governança, evidenciam-se alguns debates e concepções sobre o tema na literatura.

Considerando a escassez deste debate na área e o entendimento que a boa gestão é a essência da boa governança (SIDDIQI et al. 2009) podendo ser orientados pelos mesmos princípios e esta última deriva da cultura política do país onde se insere, é de se esperar que os desenhos institucionais da governança sejam diferentes, dependendo do contexto onde são aplicados (PIERANTI et al.2007).

Os autores destacam que

[...] a governança, enquanto um novo modelo de gestão pública requer a concepção de estruturas e processos próprios, que se diferenciam, se é que isto é possível, de concepções tradicionais da gestão pública. A rede de governança modifica substancialmente as relações de poder entre o Estado e a sociedade, tornando-as mais fluidas [...]. Por isto, novos modelos de gestão da governança devem partir de diagnósticos locais, que levam em consideração a estruturação e a força de outros atores, como o setor privado e o terceiro setor (PIERANTI et al.2007, p.13).

O estudo canadense de Kohler e colaboradores (2014) intitulado “Why the MDGs need good governance in pharmaceutical systems to promote global health” levanta a discussão sobre a boa governança dos sistemas farmacêuticos para promover a saúde global. Os autores destacam que quando a boa governança está ausente no sistema farmacêutico, o acesso e a qualidade dos medicamentos são afetados. Assim, a avaliação da governança deve, idealmente, ser um princípio orientador para os serviços farmacêuticos.

Os autores enfatizam que o reconhecimento de que a boa governança deve ser um componente essencial de todos os programas voltados para o sistema de saúde. Este reconhecimento é necessário no contexto da promoção do acesso a medicamentos como uma questão de direitos humanos. Resoluções e relatórios emitidos pela Assembleia Geral da ONU, Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas e OMS reforçam o conceito de acesso a medicamentos como direito (KOHLER et al. 2014).

É importante ressaltar que não há uma receita simples para consolidar a boa governança no setor farmacêutico. A avaliação e o monitoramento são considerados iniciativas para melhoria da governança, sendo essencial para legitimar a necessidade de fortalecimento do sistema farmacêutico e melhoraria do acesso aos medicamentos (KOHLER et al. 2014).

Considerando a heterogeneidade do contexto da saúde e a consequente complexidade dos modelos que avaliam a governança pública de saúde, fundado nos achados da literatura internacional e nos modelos aplicados em âmbito nacional, acredita-se que o modelo de avaliação da Capacidade de Gestão da AF proposto por Manzini e Mendes (2015), fundamentado nos conceitos guia de Guimarães e colaboradores (2004) e Barreto e Guimarães (2010) atende as novas tendências da avaliação em saúde sob o aspecto da governança pública, podendo subsidiar a tomada de decisão para o direcionamento de políticas interligadas à governança do sistema de saúde como um todo.

Kohler e colaboradores (2014) defendem que, em virtude da escassez de informações sobre rumos a seguir no campo da avaliação da governança de “sistemas farmacêuticos” (termo utilizado pelo autor), os modelos de avaliação devem constituir indicadores que possam medir o impacto real da governança dos serviços farmacêuticos prestados e os resultados finais para a saúde.

4.2.1 Modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF (Manzini e Mendes, 2015)

O Modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF de Manzini e Mendes (2015) é produto das dissertações intituladas “Assistência Farmacêutica nos Municípios Catarinenses: Desenvolvimento de um Modelo para Avaliação da Capacidade de Gestão” de Manzini (2013) e “Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no Contexto Catarinense” de Mendes (2013) desenvolvidas no âmbito do GPPSF/ UFSC.

O Quadro 3, apresenta a cronologia do modelo desde sua concepção até as últimas publicações. O processo de desenvolvimento do mesmo integra o Livro de Leite e colaboradores (2015) intitulado “Gestão da AF: Proposta para avaliação no contexto municipal - A experiência em Santa Catarina”, sendo

Quadro 3 - Cronologia do Modelo de Avaliação Capacidade de Gestão da AF.

ANO	TÍTULO	GRUPO DE PESQUISA/ INSTITUIÇÃO	AUTOR	AÇÕES
2004	Modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais	Grupo de Pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas Públicas, do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA	Guimarães et al. 2004	Construção do Modelo
2007	Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção	NEPAF/ UFBA	Guimarães, 2007; Barreto, 2007	Aperfeiçoamento do modelo teórico-metodológico para possibilitar a avaliação da gestão descentralizada da AF básica em municípios baianos
2010	Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil	NEPAF/ UFBA	Barreto; Guimarães, 2010	Publicação dos resultados da Pesquisa
2013	Assistência Farmacêutica nos Municípios	Grupo de Pesquisa Políticas e	Manzini, 2013	Adaptação e reformulação da matriz avaliativa

	Catarinenses: Desenvolvimento de um Modelo para Avaliação da Capacidade de Gestão	Serviços Farmacêuticos/ UFSC		para a realidade catarinense.
2013	Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no Contexto Catarinense	Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos/ UFSC	Mendes, 2013	Aplicação do protocolo de avaliação em seis municípios de Santa Catarina
2015	Gestão da AF: Proposta para avaliação no contexto municipal - A experiência em Santa Catarina	Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos/ UFSC	Leite et al. 2015	Publicação do Livro em parceria com o NEPAF/UFBA contendo o Modelo de Avaliação de Manzini e Mendes (2015).

Fonte: elaborado pela autora.

A matriz avaliativa desenvolvida pelo NEPAF foi adaptada para a realidade catarinense e reformulada, utilizando técnicas para a obtenção de consenso entre especialistas do grupo de pesquisa e farmacêuticos, que lideram as atividades de assistência farmacêutica nos municípios catarinenses (MENDES, 2013).

O processo de adaptação do modelo avaliativo foi realizado junto aos atores locais, na clareza de que os indicadores propostos estejam adequados à realidade local, levando em consideração a política e as especificidades da organização do gerenciamento da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses objetivando fomentar a discussão sobre avaliação e conceitos ampliados de gestão da AF na região.

Segundo Manzini (2013), a utilização do modelo, desenvolvido para aplicação em Santa Catarina, por outros atores e em outros contextos, deve ser feita de maneira a não se restringir à aplicação de indicadores, medidas e parâmetros propostos na matriz avaliativa. O

processo de adequação da matriz de avaliação, realizado de forma participativa, é de suma importância para que o modelo reflita o contexto onde será aplicado.

Contudo, para uma avaliação de âmbito nacional este processo seria complexo. Assim, ancorado na trajetória do modelo de avaliação e no referencial teórico adotado, o presente estudo toma de empréstimo o Modelo de Avaliação de Manzini e Mendes (2015) para construir um protocolo de indicadores de avaliação da capacidade de gestão da AF na APS, a partir de dados de uma pesquisa realizada em âmbito nacional.

5 PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL – PNAUM

Para o desenvolvimento desse estudo utilizou-se os dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – PNAUM, a qual trata-se de um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa. O plano de amostragem considerou os atores descritos no Quadro 4.

A PNAUM foi instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012 e desenvolvida em 2015. As atividades realizadas no âmbito da PNAUM foram coordenadas pela SCTIE/MS, através de representantes do Departamento de AF e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), conforme Anexo A (BRASIL, 2012).

O objetivo principal foi o de caracterizar a organização dos serviços e os fatores que interferem na consolidação da AF na AB no âmbito municipal/DF e como eles se organizam para garantir o acesso e o URM à população (BRASIL, 2012).

Quadro 4 - Eixos de análise, populações de estudo, unidade de sorteio e elementos da amostra da PNAUM.

EIXO DE ANÁLISE	POPULAÇÃO DE ESTUDO	UNIDADE DE SORTEIO	ELEMENTOS
Gestão	Secretários de Saúde	Município	Uma pessoa no município
	Farmacêutico, técnico ou enfermeiro	Município	Uma pessoa no município
Operacionalização e Consumo	Farmacêutico, técnico ou enfermeiro	Município e Serviço de Saúde	Uma pessoa no serviço de saúde
	Médicos	Município e Serviço de Saúde	Todos os médicos presentes nos dias de pesquisa
Consumo	Usuários	Município, Serviço de Saúde e Consulta Médica	Amostra de usuários em consulta nos dias de pesquisa

Fonte: Alvares et al. 2016.

Foram sorteadas, portanto, três amostras: de municípios, de serviços e de usuários. As populações de estudo foram estratificadas por

região: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste e esses estratos constituíram domínios de estudo, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Amostra planejada da PNAUM segundo região geográfica

Amostra	Unidades	Região	Capitais	Municípios ⁸ Maiores	Municípios Menores		Total
Municípios	Municípios	Norte	7	2	111		120
		Nordeste	9	9	102		120
		Sudeste	4	8	108		120
		Sul	3	6	111		120
		Centro-oeste	4	2	114		120
Serviços	Municípios	Norte	7	2	20	31	60
		Nordeste	9	9	8	34	60
		Sudeste	4	8	17	31	60
		Sul	3	6	28	23	60
		Centro-oeste	4	2	23	31	60
	Serviços Saúde	Norte	100	25	27	142	295
		Nordeste	100	29	13	172	315
		Sudeste	100	27	24	161	312
		Sul	100	27	34	152	313
		Centro-oeste	100	22	32	152	306
Usuários	Usuários	Norte	712	181	192	1013	2100
		Nordeste	667	195	87	1150	2100
		Sudeste	673	185	162	1083	2100
		Sul	671	180	228	1018	2100
		Centro-oeste	686	150	220	1044	2100

Fonte: Alvares et al. 2016.

O motivo da estratificação foi garantir a inclusão na amostra de todas as capitais e dos municípios considerados grandes em cada região.

⁸ Municípios Maiores: acima de 290 mil habitantes;
Municípios Menores: representantes dos demais (ALVARES et al. 2016).

No estrato de municípios menores, a seleção se deu por sorteio sistemático, com os municípios ordenados pelo tamanho da população totalizando 600 municípios sorteados, onde 300 deles receberam visitas *in loco* (ALVARES et al. 2016).

Adotou-se para coleta de dados, levantamentos *in loco* nos serviços de atenção básica amostrados, mediante a aplicação de roteiros de observação direta e entrevistas (usuários, farmacêuticos, técnicos em farmácia, enfermeiros e prescritores), além de entrevistas telefônicas com gestores municipais por meio de questionários semiestruturados. Um roteiro de observação, com registro fotográfico, foi utilizado para a avaliação das farmácias/unidades públicas dispensadoras de medicamentos.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o questionário, que de acordo com Richardson (1999) cumpre duas funções: a de descrever características e a de “medir variáveis de um grupo social” (p.189). Os questionários aplicados contam com perguntas estruturadas e semiestruturadas e aplicados para cada ator da população de estudo conforme estabelecido no processo de amostragem (Anexos B, C, D, E e F).

Os locais de armazenamento e de entrega de medicamentos foram observados, visando investigar as condições em que é realizada a dispensação, a disponibilidade dos medicamentos, a existência de medicamentos vencidos e o gerenciamento de medicamentos impróprios para o uso. Compreendeu ainda uma investigação de dados de fontes secundárias, com o objetivo de caracterizar os municípios.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013 (Anexo G). Análises realizadas pelo grupo de pesquisadores envolvidos utilizando o seu banco de dados oficial estão incluídas no mesmo parecer. O banco de dados completo da PNAUM estará disponível para acesso ao público a partir de 2016.

6 METODOLOGIA

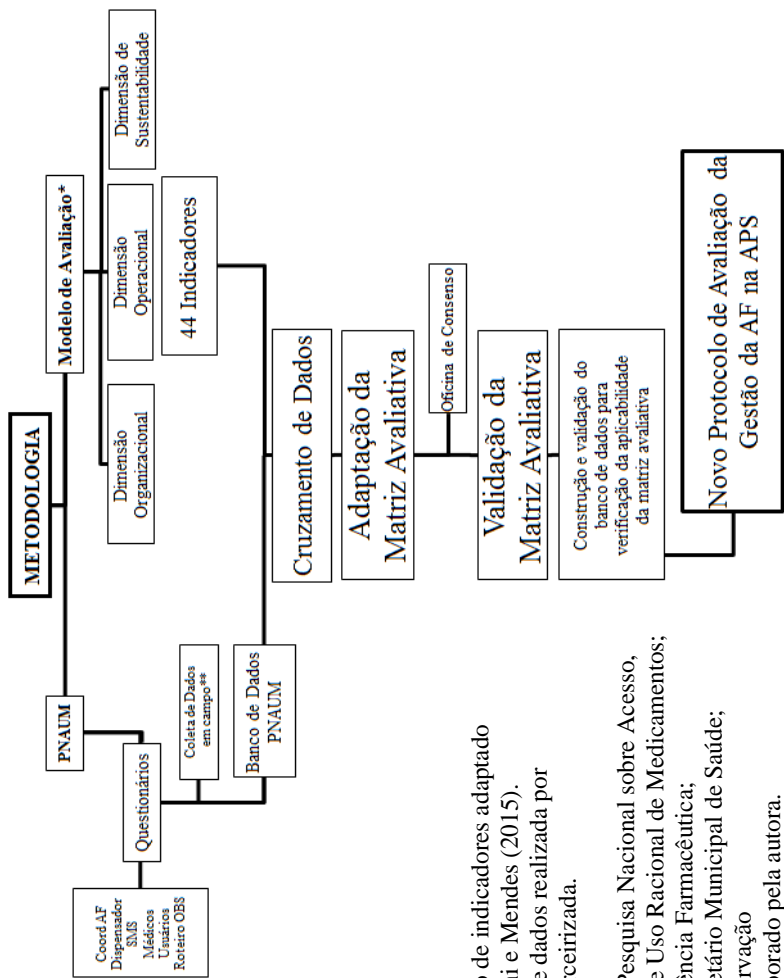
O método adotado consistiu no estudo sistematizado do modelo proposto por Barreto e Guimarães (2010) e do protocolo de indicadores adaptados por Manzini e Mendes (2015), atentando para as concepções teórico-metodológicas que o embasam, para o estudo de todos os instrumentos de coleta de dados desenvolvidos para a PNAUM e seus bancos de dados.

Com o domínio dos instrumentos de pesquisa, o estudo consistiu na busca das questões da PNAUM que poderiam ser aplicadas para responder aos indicadores de avaliação do modelo selecionado. Para tanto, o desenvolvimento deste estudo deu-se em etapas distintas, definidas como: etapa de seleção de dados da PNAUM e sua adaptação para indicadores de avaliação em âmbito nacional, validação dos indicadores adaptados, construção do banco de dados e validação da aplicabilidade do novo protocolo de avaliação. O percurso metodológico da pesquisa está ilustrado na Figura 2.

A adaptação do modelo de avaliação e reformulação do protocolo de indicadores, assim como a utilização dos dados obtidos pela PNAUM, resultou em um novo protocolo de indicadores para aplicação no âmbito nacional, denominado “*Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica*”.

O presente estudo é complementar e está amparado na pesquisa do Ministério da Saúde, PNAUM, aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, conforme Parecer nº 633.253 sob CAAE nº 18947013.6.0000.0008 (Anexo G).

Figura 2 - Percurso metodológico da pesquisa.



* Protocolo de indicadores adaptado por Manzini e Mendes (2015).

**Coleta de dados realizada por empresa terceirizada.

Legenda:

PNAUM: Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos;

AF: Assistência Farmacêutica;

SMS: Secretário Municipal de Saúde;

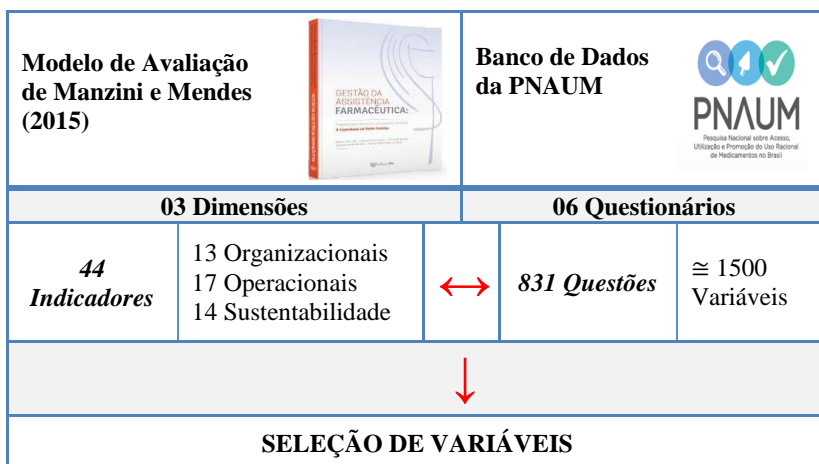
OBS: Observação

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 SELEÇÃO DE DADOS DA PNAUM E SUA ADAPTAÇÃO PARA INDICADORES DE AVALIAÇÃO SEGUNDO O NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA APS

A primeira etapa do trabalho compreendeu a análise criteriosa do processo de convergência entre os indicadores do modelo de avaliação de Manzini e Mendes (2015) e os dados disponibilizados pela PNAUM, uma vez que o protocolo da matriz avaliativa de referência é composto por 44 indicadores divididos em três dimensões (organizacional, operacional e sustentabilidade) e o banco de dados da PNAUM é constituído de seis questionários (um questionário para cada ator entrevistado), totalizando 831 questões e aproximadamente 1500 variáveis, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Convergência de dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, foram selecionadas as variáveis da PNAUM correspondentes a cada indicador da matriz avaliativa de referência. Alguns indicadores não foram contemplados pela PNAUM, bem como, algumas questões da PNAUM não foram consideradas no modelo de Manzini e Mendes (2015).

O cruzamento das informações disponíveis possibilitou a concepção e modelagem do protocolo empregando os dados da pesquisa nacional, ponderando-se as perguntas e premissas relacionadas aos

indicadores, suas respectivas medidas e parâmetros, conforme o protocolo de referência. Constatou-se a necessidade de adaptação e adequação de alguns indicadores devido às particularidades e diversidade dos dados coletados, considerando que para cada indicador do protocolo de avaliação sugeriu-se uma variável disponível na PNAUM.

6.2 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ADAPTADO COM DADOS ORIUNDOS DA PNAUM

Para validação da proposta de adaptação e construção do Novo Protocolo utilizando dados de uma pesquisa nacional foi realizada uma oficina de consenso, utilizando a técnica do Comitê Tradicional para a análise e debate das mudanças sugeridas, bem como apontamento de outras propostas de adequação dos indicadores e os ajustes necessários no instrumento de avaliação.

A técnica utilizada na oficina de consenso foi a do Comitê Tradicional, onde participaram especialistas integrantes do GPPSF/UFSC, representantes do Conselho Regional de Farmácia e profissionais de serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde.

A técnica promove o confronto de ideias possibilitando a troca e o confronto de opiniões divergentes e possibilita a obtenção de consenso e a ingerência ativa do público, objetivando a tomada de decisão de maneira democrática (ESHER et al. 2012).

A oficina denominada “Validação do novo protocolo de indicadores para avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde” foi realizada em 18 de janeiro de 2016. Contou com a presença de 21 especialistas, entre pesquisadores do grupo “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC, membros da Comissão de Assistência Farmacêutica no serviço público do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina (CRF/SC) e farmacêuticos que trabalham em municípios catarinenses, em especial em serviços relacionados à atenção primária à saúde dentre outros serviços, e duas farmacêuticas participantes da pesquisa, responsáveis pela coordenação das atividades.

Os participantes foram selecionados pelo envolvimento e pela experiência com a temática de Assistência Farmacêutica. O convite para participar da oficina foi enviado por e-mail ou entregue pessoalmente, quando possível. Junto com o convite, cada participante recebeu a proposta de adequação da nova matriz avaliativa.

A oficina teve duração de cinco horas e a discussão aberta foi o ponto chave para fornecimento de informações utilizadas na remodelagem da matriz avaliativa. Através da relatoria das discussões gravadas e transcritas da oficina, realizaram-se as modificações no protocolo, consultando-se sempre que necessário à literatura para fundamentação das mudanças.

Discutiu-se a validade dos indicadores selecionados, suas premissas e fontes de coleta de dados, bem como inserção e exclusão de indicadores. Objetivou-se a obtenção de consenso sobre as alterações sugeridas para cada indicador e assegurar que a adaptação do protocolo não comprometesse a validade do modelo utilizado como referência.

Na oficina de consenso, a maioria das adequações propostas foram validadas, destacando-se que a PNAUM dispõem de diversas variáveis que poderiam ser incluídas como novos indicadores na matriz avaliativa ou utilizados em trabalhos futuros. Nesse caso, optou-se pela inclusão de apenas dois novos indicadores. A relação dessas variáveis será apresentada no Capítulo 7 – Resultados.

Os profissionais entenderam que o protocolo é sensível ao contexto e permitirá avaliar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica na atenção básica dos municípios brasileiros.

Além do aprimoramento do protocolo e a adequação dos indicadores à realidade da pesquisa em âmbito nacional, a oficina foi um importante momento para discussão da capacidade de gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal na realidade brasileira.

6.3 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E VALIDAÇÃO DA APLICABILIDADE DO NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Através da validação dos indicadores do novo protocolo e a seleção das variáveis da PNAUM foi possível estruturar o banco de dados desta pesquisa, a fim de verificar a aplicabilidade da matriz avaliativa proposta.

Os dados da PNAUM foram fornecidos pela equipe de pesquisa responsável por seu desenvolvimento, disponibilizados em bancos estruturados no programa estatístico SPSS - *System Statistics Versão 22* e organizados por tipo de informante (secretário municipal de saúde, coordenador da AF, médicos, usuários, dispensador de medicamentos, roteiro para observação da estrutura física pelo pesquisador). Ou seja, cada informante representa um banco de dados diferente, composto por um número expressivo de variáveis.

Dessa forma, fez-se necessário o processamento criterioso de cada uma das variáveis selecionadas nos seis bancos de dados. Por se tratar de uma amostra em formato de cluster, com pesos e medidas pré-definidos pela PNAUM, o plano amostral foi construído através de um desenho de amostras complexas que precisa ser considerado no processamento e nas análises dos dados.

Conforme Le Roux e Rouanet (2004) na amostra de cluster ou análise de Correspondência Múltipla por conglomerados são consideradas uma série de variáveis categóricas para cada indivíduo, representados por um ponto, e sua localização define a relação entre as variáveis categorizadas, num modelo geométrico, formando nuvens de pontos, de acordo com as semelhanças entre as características analisadas.

Após o processamento e recodificação de cada variável selecionada em seu banco de origem deu-se a união de todos os bancos de dados, resultando em um novo banco constituído por 80 variáveis. As variáveis da PNAUM que integraram o banco de dados, recodificadas e ponderadas de acordo com os pesos e medidas do modelo de avaliação adotado, estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Protocolo de Variáveis selecionadas nos bancos de dados da PNAUM para responder aos indicadores do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Variável PNAUM	Fonte	Pergunta
Variáveis da Dimensão Organizacional da Matriz Avaliativa		
11	Coordenador da AF	- A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?
13	Coordenador da AF	- A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?
06 06a	Coordenador da AF	- Escolaridade - Especificar:
24 25	Coordenador da AF Portaria de instituição da CFT	- Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde? - A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?

Variável PNAUM	Fonte	Pergunta
26	Coordenador da AF	- A CFT funciona regularmente?
12	Coordenador da AF	- A AF consta no Plano Municipal de Saúde?
100	Coordenador da AF	- O coordenador da AF participa do planejamento das ações das diferentes áreas técnicas?
40	Dispensador	- Esta Farmácia/ Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos? Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde? A) Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde B) Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde C) Controle de estoque da Unidade de Saúde D) Consumo histórico da Unidade de Saúde E) Outras.
39	Coordenador da AF	- Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? a) Farmacêutico b) Outro profissional c) CFT
14 16	Coordenador da AF	- Existe um sistema informatizado para a gestão da AF? - Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?
Variáveis da Dimensão Operacional da Matriz Avaliativa		
27	Coordenador da AF	- Existe no município uma lista padronizada de medicamentos?
24	Médicos	- O prescritor considera que a lista padronizada de medicamentos no município atende às necessidades dos usuários da unidade de saúde?
48-101c	Roteiro de Observação	- Existem medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?

Variável PNAUM	Fonte	Pergunta
34	Roteiro de Observação	- Área de armazenamento possui: 34a) Aparelho de ar condicionado 34b) Armário com chave para medicamentos controlados 34c) Refrigerador/ geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos 34i) Termômetro digital (temperatura do ambiente)
60	Coordenador da AF	- A SMS tem um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)?
19	Coordenador da AF	- O município/DF realizou gasto com a estruturação da AF no último ano?
15	Coordenador da AF	- As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?
17i	Coordenador da AF	- Existe procedimento operacional padrão para dispensação?
15	Coordenador da AF	- Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? f) Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação.
35 31	Médicos Coordenador da AF	- O Município/DF tem formulário terapêutico? - A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?
48a,b à 101a, b	Roteiro de Observação	(A) Medicamento padronizado no município. (B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação.
Variáveis da Dimensão organizacional da Matriz Avaliativa		
33	Médicos	- O prescritor costuma ser informado sobre quais medicamentos estão disponíveis na farmácia municipal?
22 23	Médicos	- O (A) Sr (a) conhece a lista padronizada de medicamentos do Município?

Variável PNAUM	Fonte	Pergunta
		- O (A) Sr (a) tem acesso à lista padronizada de medicamentos em quais destes lugares?
98	Coordenador da AF	- O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no Município\DF?
90	Coordenador da AF	- Existe no Município\DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?
09	Coordenador da AF	- Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?
96	Coordenador da AF	- Existem mecanismos no Município\DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?
309 310 314	Usuários	- O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? - Estes funcionários da Farmácia onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia? - Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?
311 312 313	Usuários	- Como você avalia a sinalização existente, para encontrar a Farmácia? - Como você avalia a limpeza da Farmácia? - Para você o como é o conforto da unidade onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / SUS: Sistema Único de Saúde / US: Unidade de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a construção do banco de variáveis, atribuiu-se a pontuação da escala de critérios/valor e calculou-se os indicadores conforme os parâmetros do protocolo de avaliação, constituindo-se o banco de indicadores desse estudo.

O conceito operativo central de uma avaliação parte do pressuposto que ao final da análise dos dados o estudo emita um juízo de valor partindo de uma escala de critérios explícitos. Nesse sentido, para permitir o teste da hipótese ou a tomada de decisão é necessário desenvolver a escala de valor da avaliação, considerando que a mesma, poderá ser modificada ao longo do tempo ou de diferentes situações (NEMES, 2001; MANZINI; MENDES, 2015).

Segundo destaca Leite et al. (2015), p. 87, “de acordo com o tipo de indicador e o resultado atingido, é possível calcular uma pontuação a ser obtida, com base em sua categorização por natureza” e “[...] os indicadores detêm natureza distinta, uma vez que mensuram fenômenos diversos e, por esta razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão”.

Em concordância com os autores, manteve-se a escala de critérios do modelo de Manzini e Mendes (2015), onde as cores foram utilizadas para representar a situação de cada município, utilizando-se como referência a sinalização de trânsito: verde (situação positiva, que dever ser mantida ou ultrapassada); amarela (situação de cuidado) e vermelha (situação de perigo). A cor roxa foi incluída na situação intermediária entre o amarelo e o vermelho, significando uma situação de alerta.

Essa forma de análise tem por objetivo proporcionar a compreensão das relações entre as variáveis e a sua relevância para o problema real que está sendo estudado, considerando que um escore acima de 76% da pontuação máxima do indicador indica que a capacidade de gestão da AF pode ser considerada adequada naquele município. Um escore entre 50 a 75% da pontuação máxima do indicador indica que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão da AF. De 25 a 49% da pontuação máxima do indicador sinaliza que há problemas importantes na gestão e é preciso melhorar a capacidade de gestão da AF e abaixo de 24% da pontuação máxima do Indicador sugere que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão da AF, sinalizando as prioridades para a gestão (LEITE et al. 2015).

Para o cálculo de indicadores, manteve-se a mesma pontuação do modelo de referência, onde cada dimensão e sub dimensão apresentam uma pontuação máxima que pode ser obtida através da agregação de

indicadores categorizados por sua natureza, conforme expresso no Quadro 6.

Quadro 6 - Pontuação Máxima dos Indicadores da Matriz Avaliativa.

Dimensão	Quantidade	Sub Dimensão	Pontuação por Indicador	Pontuação máxima da Sub Dimensão	Pontuação máxima de cada Dimensão	Pontuação máxima geral
ORGANIZACIONAL	03	Indicadores de existência de condições normativas	05	15	74 pontos	191 pontos
	03	Indicadores de existência de condições técnicas e operacionais	06	18		
	01	Indicador de autonomia	10	10		
	01	Indicador de participação	10	10		
	03	Indicadores de existência de condições estratégicas	07	21		
	06	Indicadores de existência de condições técnicas e operacionais	06	36		
OPERACIONAL	01	Indicador de existência de condições normativas	05	05	63 pontos	
	02	Indicadores de existência de condições estratégicas	07	14		
	02	Indicadores de satisfação	04	08		
	04	Indicadores de existência de condições estratégicas	07	28		
SUSTENTABILIDADE	01	Indicador de conhecimento	08	08	54 pontos	
	01	Indicador de participação	10	10		
	02	Indicadores de satisfação	04	08		

Fonte: Elaborado pela autora.

Para validar a aplicabilidade da matriz avaliativa, algumas análises estatísticas foram realizadas, como a obtenção de médias e frequências. As análises foram realizadas pelo módulo “Complex Sample” do programa estatístico SPSS - *System Statistics Versão 22*, aplicando-se testes de correlação de *Pearson* com nível de significância $p < 0,05$ e análise de associação, expressos por meio de frequências para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram aplicados testes de medida de tendência central por regiões geográficas do Brasil.

Os resultados obtidos dos testes estatísticos e da categorização através do ranqueamento, bem como associação dos indicadores para realização de uma análise global de cada região do país, permitiu a validação do banco de dados e demonstrou a aplicabilidade do Novo Protocolo de Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Entende-se, dessa forma, que os objetivos do estudo foram cumpridos e o novo protocolo de avaliação viabiliza a emissão do juízo de valor referente às potencialidades e fragilidades de cada região.

Além disso, a possível correlação dos indicadores com os índices socioeconômicos permite maior entendimento sobre as necessidades específicas de acordo com as características e realidade regional.

Destaca-se ainda, que uma das premissas da PNAUM é apresentar resultados regionais, conforme estratificação, e não por estrutura municipal individual. Portanto, para validação do novo protocolo esse estudo adotou o mesmo percurso metodológico para a ponderação de resultados.

6.3.1 Amostra

O critério de inclusão adotado para composição da amostra considerou somente aqueles municípios participantes da PNAUM em que seus informantes responderam todas as variáveis selecionadas a partir do cruzamento dos dados.

No entanto, o questionário referente ao Secretário Municipal de Saúde não foi utilizado, considerando como critério de exclusão a baixa adesão à pesquisa, por parte desses atores. Assim, dos seis questionários da PNAUM, esse estudo adotou cinco deles, sendo:

- ✓ Coordenador da AF;
- ✓ Médicos;
- ✓ Usuários;
- ✓ Dispensador de Medicamentos;
- ✓ Roteiro para observação da estrutura física.

Outro critério de exclusão adotado considerou que dos 600 municípios da amostra da PNAUM (300 - entrevista presencial e 300 - entrevista telefônica), esse estudo excluiu os municípios em que a entrevista foi apenas telefônica, devido à necessidade de dados relacionados à observação da estrutura física.

Desse modo, dos 300 municípios da amostra presencial apenas 224 municípios responderam aos cinco questionários correspondentes a cada informante do plano amostral, conforme explicado no Quadro 7.

Quadro 7 - Seleção dos Municípios.

Fonte	Municípios que completaram todas as variáveis	Nº total de Municípios que responderam a todos os instrumentos
Coordenador AF	507	224
Dispensador	271	
Médico	252	
Usuário	271	
Roteiro de Observação	271	

Fonte: Elaborado pela autora.

7 RESULTADOS

As alterações promovidas na adequação do protocolo resultaram na reformulação e adaptação de 17 indicadores, os quais sofreram modificações em pelo menos um dos seus componentes (medida, parâmetros, fonte ou premissa), considerando que em seis destes indicadores, as ações referem-se à alteração somente da fonte de coleta de dados. Devido à ausência de informações necessárias para aplicar as medidas preconizadas, 16 indicadores foram excluídos da matriz avaliativa original.

No entanto, nove indicadores permaneceram de forma idêntica ao modelo original, havendo apenas duas transferências de indicadores entre as dimensões e duas substituições por indicadores semelhantes. Dessa forma, dos 44 indicadores originais, o novo protocolo resultou em 30 indicadores (11 indicadores organizacionais, 11 operacionais e 08 de sustentabilidade) provenientes do protocolo original, sendo inclusos somente dois novos indicadores. Esses resultados podem ser verificados no Quadro 8, que apresenta as adequações promovidas em cada dimensão da avaliação.

Quadro 8 - Ações promovidas na adequação da matriz avaliativa.

Total de Indicadores na Matriz Avaliativa do Modelo de Avaliação *	Dimensões			Total
	Organizacional	Operacional	Sustentabilidade	
	13	17	14	44
Ações Promovidas				
Exclusão de indicadores	2	6	8	16
Mantido sem alterações	5	1	3	9
Indicadores Alterados				17
Alterações na medida, parâmetro, fonte e premissa ou na redação do indicado	3	4	2	
Alterações somente na fonte	2	3	1	
Substituição do Indicador por outro semelhante	1	1	0	
Transferência de Indicadores				
^{a)} Transferido para outra dimensão	0	2 ^{a)}	0	2
^{b)} Transferido de outra dimensão		0	2 ^{b)}	
Inclusão de novos indicadores	0	2	0	2
Total de Indicadores na Matriz Avaliativa do Novo Protocolo	11	11	8	30

*Modelo de avaliação Manzini e Mendes (2015).

(a,b) Transferência de Indicadores

Fonte: Elaborado pela autora.

Na oficina de consenso, todas as alterações propostas foram ponderadas com o intuito de identificar seu impacto sobre a validade do protocolo de indicadores final e se as alterações sugeridas permitiriam avaliar a capacidade de gestão da AF sob o aspecto da governança pública em saúde nas três dimensões do modelo de avaliação adotado. As justificativas que apontam as razões em concordância com as alterações promovidas são explicadas nos Quadros 9, 10, 11, 12 e 13.

Quadro 9 - Alterações promovidas na matriz avaliativa do modelo original.

Alterações nos Indicadores da Dimensão Organizacional				
Indicador Modelo *	Variável PNAUM	Pergunta PNAUM	Fonte PNAUM	Ação
1. Condição de existência da Coordenação da AF na SMS.	11	1** A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal DF de Saúde?	Coordenador da AF	<p>Justificativa Alteração</p> <p>- Houve alteração na redação da premissa, pois a variável da PNAUM aponta somente a existência ou não da coordenação da AF no organograma da SMS, diferentemente do que o indicador pretendia medir, ou seja, se a Coordenação da AF estava instituída por meio de norma e a atribuição de cargo comissionado ao coordenador ou funcionando informalmente indicando o reconhecimento da área pela instituição.</p> <p>- No modelo de avaliação as fontes de coleta desse indicador são: coordenador da AF, o SMS e averiguação em documento de institucionalização da coordenação da AF. A PNAUM aplicou a pergunta somente ao Coordenador da AF.</p>
2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.	13	11** A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	Coordenador da AF	<p>Alteração medida e parâmetro</p> <p>- A medida do indicador do modelo de avaliação tinha por objetivo compreender o que se entende por autonomia. Desta forma, considerando a informação disponível na PNAUM, o indicador foi mantido com modificações na medida e parâmetros, tomando-se um indicador dicotômico sustentando a mesma premissa.</p>
12. Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	39	6** Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? a) Farmacêutico b) Outro profissional c) CFT	Coordenador da AF	<p>Alteração medida, parâmetro e premissa</p> <p>- O indicador da pesquisa trata de distribuição (quem define o que vai ser pedido na unidade de saúde) com o objetivo de verificar o grau de autonomia de gestão da unidade. Na PNAUM a questão sobre programação trata de aquisição. Dessa forma, alterou-se a medida e parâmetro adaptando o indicador para atender a premissa de que a realização conjunta das especificações técnicas e definição dos parâmetros de programação de medicamentos do Componente Básico da AF pela CFT ou no mínimo pelo farmacêutico da US indica que a gestão municipal está organizada, ou seja, essa é uma condição organizacional da gestão da AF, além de demonstrar responsabilidade compartilhada na organização das ações da AF descentralizada e condições favoráveis para garantia do abastecimento de medicamentos e soma para a capacidade de decidir da AF.</p>

10. Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	40	7** Esta Farmácia/ Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos?	Dispensador	<i>Alteração da fonte de coleta</i>	- Informação disponível somente no formulário de entrevista com o dispensador, considerando que no modelo de avaliação a informação foi coletada na entrevista com o coordenador da AF.
11. Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	41	8** Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde? A) Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde B) Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde C) Controle de estoque da Unidade de Saúde D) Consumo histórico da Unidade de Saúde	Dispensador	<i>Alteração da fonte de coleta</i>	- Informação disponível somente no formulário de entrevista com o dispensador, considerando que no modelo de avaliação a informação foi coletada na entrevista com o coordenador da AF.
7. Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	12	5** A AF consta no PMS?	Coordenador da AF	<i>Substituição do Indicador e alteração da classificação</i>	- O indicador do modelo tratava da elaboração do PMS em conjunto com a equipe multiprofissional. No entanto, essa informação não é disponibilizada pela PNAUM, optando-se em adaptar e substituir por um indicador de "Existência de Condições Estratégicas" onde é possível concluir que a existência da AF no Plano Municipal de Saúde indica existência de condições estratégicas formalizadas baseadas em um instrumento de gestão de forma a contribuir para a capacidade de gestão da AF.
Alterações nos Indicadores da Dimensão Operacional					
Indicador Modelo*	Variável PNAUM	Pergunta PNAUM	Fonte PNAUM	Ação	Justificativa Alteração
14. Existência da Remuneração.	27	1** Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	Coordenador da AF	<i>Medida, Parâmetro e Fonte</i>	- No modelo de avaliação adotado a existência da lista de padronização de medicamentos foi evidenciada através da averiguação de lista institucionalizada por meio de normativa, o que estabelece medida e parâmetro específico para cada situação, se institucionalizada ou não. No entanto, a abordagem da PNAUM referente à existência da lista de

						medicamentos padronizada se deu na entrevista com o coordenador da AF e não foi averiguado a institucionalização por normativa ou não. Dessa forma, além da alteração das fontes de coleta, foi necessário alterar o parâmetro e a medida do indicador.
17. Existência de medicamentos destinados a dispensação fora do prazo de validade no estoque da US.	48 a 101c	3** Há medicamentos vencidos?	Roteiro de Obs	<i>Medida e Parâmetro</i>		- No modelo de avaliação a medida e parâmetro do indicador levou em consideração o fracionamento de medicamentos, onde a existência em blisters sem a data de validade, por causa do fracionamento feito no momento da dispensação conforme prescrição compromete o acesso do medicamento de qualidade e repercute na capacidade de executar a gestão da AF. Contudo, houve necessidade de alterar a medida e parâmetro, pois esse processo não foi abordado na PNAUM.
20. Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	19	9** O município/DF realizou gasto com a estruturação da AF no último ano?	Coordenador da AF	<i>Redação do Indicador, Medida e Parâmetro</i>		- O período adotado na abordagem da PNAUM foi de um ano para medir o indicador. No modelo de avaliação original adotou-se o período de quatro anos. Além disso, as medidas abordavam o destino dos investimentos e o parâmetro considerou essa infamação para atribuir a pontuação. Dessa forma, houve necessidade de alterar as medidas e parâmetros, pois não houve o detalhamento do investimento na coleta de dados da PNAUM.
28. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	35	11** Como o (a) Sr (a) considera a disponibilidade de medicamentos nos últimos 3 meses, nesta unidade de saúde, ou na farmácia pública de referência?	Médico	<i>Parâmetro e Fonte</i>		- Necessário alterar fonte, medida e parâmetro do indicador, pois o modelo abordava, além do médico, os demais informantes da unidade de saúde: coordenador da AF, SMS e farmacêuticos. Na PNAUM a abordagem sobre a satisfação da disponibilidade de medicamentos foi averiguada com o médico, sendo necessário alterar a medida do indicador.
19. Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	60	8** Existe PGRSS?	Coordenador da AF	<i>Alteração da fonte de coleta</i>		- No modelo de avaliação, uma das fontes de coleta é a análise do PGRSS. No entanto na PNAUM não houve uma análise específica do documento, constando somente com a informação coletada através da entrevista com o coordenador da AF.
21. US que contam com a presença de farmacêutico.	15	10** Farmacêutico presente?	Roteiro de Observação	<i>Alteração da fonte de coleta</i>		- No modelo de avaliação a fonte de coleta referente à presença de farmacêuticos nas US dá-se pela entrevista com o Coordenador da AF. Na PNAUM essa informação foi evidenciada através do roteiro de observação no momento da visita do pesquisador nas unidades de saúde.

23. Existência de instrumentos de padronização (POP, manual para dispensação de medicamentos.	17i	5**. Existe POP para dispensação?	Coordenador da AF	<i>Alteração da fonte de coleta</i>	- O modelo de avaliação contou com a análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos. A PNAUM buscou somente a informação através da entrevista com o coordenador.
15. Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas padronizadas pelo município.	34	2**. Lista de medicamentos padronizados atende as necessidades dos usuários, segundo os prescritores.	Médicos	<i>Substituição do Indicador</i>	- Para obter a resposta do indicador o modelo original analisou as prescrições e compararam com a Remuneração e lista do CEAF e Estratégico vigentes. Dessa forma, optou-se por substituí-lo considerando a disponibilidade da informação sobre a percepção dos prescritores quanto a lista de medicamentos padronizados quanto a demanda dos usuários, observando que o entendimento dos médicos é importante e traz uma legitimidade à lista e ao processo de elaboração da mesma, ou seja, um maior número de prescritores que consideram que o elenco de medicamentos padronizados no município atende às necessidades dos usuários, assegura a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de execução da gestão da AF.
Alterações nos Indicadores da Dimensão de Sustentabilidade					
Indicador Modelo*	Variável PNAUM	Pergunta PNAUM	Fonte PNAUM	Ação	Justificativa Alteração
35. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	98	8. **O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes a AF no Município DF?	Entrevista Coordenador da AF	<i>Medida e Parâmetro</i>	- Para aplicação desse indicador foi necessário alterar a medida e o parâmetro, pois na PNAUM não houve detalhamento das situações, conforme utilizado no modelo original. Além disso, não foi delimitado o tempo em que as questões são discutidas no Conselho Municipal na PNAUM.
37. Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	90	2. **Existe no Município/DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	Entrevista Coordenador da AF	<i>Alteração da fonte de coleta e adaptação na redação da medida e indicador</i>	- No modelo original a pergunta era direcionada ao farmacêutico, se o mesmo havia participado de alguma capacitação, onde ele poderia, por exemplo, ter feito uma especialização por conta e recursos próprios. A PNAUM trata da qualificação ofertada pelo município, sendo necessária adequação na redação e fonte do indicador, pois a pergunta foi feita apenas ao coordenador da AF.

40. Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	96	4. **Existem mecanismos no Município\DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	Entrevista Coordenador da AF	<i>Alteração da fonte de coleta</i>	- Neste caso, houve necessidade de alteração da fonte de coleta, uma vez que no modelo o respondente era o coordenador da US. No entanto, esse respondente não fez parte da amostra.
--	----	--	------------------------------	-------------------------------------	--

* Modelo de avaliação adaptado por Manzini e Mendes (2015).

**Número do Indicador no Novo Protocolo.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CFT; Comissão de Farmácia e Terapêutica / DF: Distrito Federal / PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / PMS: Plano Municipal de Saúde / POP: Procedimento Operacional Padrão / REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade de Saúde / OBS: Observação
Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 - Inclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa

Inclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa – Dimensão Operacional				
Código Indicador	Variável PNAUM	Novo Indicador	Fonte P.ANUM	Justificativa Inclusão
ITO10	48a,b a 101a, b	7**. Disponibilidade de medicamentos	Roteiro de Observação	- A inclusão de um indicador que mede a disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas, pois revelam iniciativas de gestão voltadas a garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução e capacidade de gestão da AF na rede básica de saúde do município, alcançando um dos resultados esperados pela AF, onde considera-se que um dos princípios básicos da AF é a acessibilidade aos medicamentos.
ITO9	15	6**. Dispensação de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado.	Entrevista com coordenador da AF	- A dispensação de medicamentos realizada por meio de um sistema informatizado da rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município demonstra a integração e comunicação entre os diversos setores da rede de atenção à saúde, contribui para a capacidade de decidir e compartilhar as informações da gestão da AF na rede.

**Número do Indicador no Novo Protocolo.

Legenda:

AF: Assistência Farmacêutica / OBS: Observação

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 11 - Indicadores da Matriz Avaliativa original de Manzini e Mendes (2015) que não foram mantidos no Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF

Exclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa – Dimensão Organizacional			
	Indicador Modelo *	Fonte	Justificativa Exclusão
04	Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	- Entrevista com farmacêuticos - Entrevista com coordenador da US	- A informação sobre o conhecimento da existência da coordenação da AF pelos farmacêuticos e coordenadores das US não foi coletada pela PNAUM.
08	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	- Entrevista com farmacêuticos	- A PNAUM não considerou os farmacêuticos especificamente informantes da amostra, portanto não possui informações sobre conhecimento do PMS segundo os farmacêuticos.
Exclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa – Dimensão Operacional			
16	Medicamentos que constam na Renome e que não constam na Renome 2010 e ou em elenços pactuados na CIB.	- Análise da Renome e Renome 2010 (analisar a Renome 2012 se a Renome já estiver atualizada); - Análise de pactuações da CIB;	- Excluído porque a PNAUM não contempla informações referente às pactuações, não sendo possível medir esse indicador.
22	Existência de mecanismo para registrar a produtividade de do farmacêutico.	Entrevista com coordenador da AF	
24	Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos no último ano.	Entrevista com coordenador da AF	
25	Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regulamentação recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Entrevista com coordenador da AF Análise do cronograma	- Informações não contempladas na PNAUM.
30	Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Entrevista com coordenador da AF	
29	Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Entrevista com coordenador da AF	- No indicador do modelo a redação contemplava a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores, sendo essa informação coletada através de entrevistas com SMS, Farmacêuticos, Coordenador da AF e prescritores. Essa abordagem não foi contemplada na PNAUM impossibilitando a utilização desse indicador.

Exclusão de Indicadores na Matriz Avaliativa – Dimensão de Sustentabilidade			
Indicador Modelo *	Fonte	Justificativa Alteração	
31	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com farmacêuticos - Entrevista com coordenador da US 	<ul style="list-style-type: none"> - Os farmacêuticos e coordenadores das US não fizeram parte da amostra da PNAUM, pois foram selecionados os Dispensadores das unidades para não inviabilizar a pesquisa, considerando a sua extensão e diversidade da amostra. Também não foi abordado pela PNAUM o tema referente as estratégias de comunicação. 	
32	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF 	<p>A abordagem da PNAUM foi em âmbito municipal, sem que houvesse questões relacionadas as articulações com as demais esferas.</p>	
33	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com secretário de saúde 		
34	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com secretário de saúde 		
36	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF - Análise Plano Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Informações não contempladas na PNAUM. 	
39	<ul style="list-style-type: none"> - Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos. 	<p>O questionamento referente aos mecanismos para críticas e sugestões foi abordado somente na entrevista com o coordenador da AF.</p>	
41	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários. 		
43	<ul style="list-style-type: none"> - Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos. 		

* Modelo de avaliação adaptado por Manzini e Mendes (2015).

**Número do Indicador no Novo Protocolo.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Centro Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestores Bipartite / DF: Distrito Federal / EAC: Equipe de Agentes Comunitários / ESF: Equipe de Saúde da Família / OBS: Observação / PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / PMS: Plano Municipal de Saúde / PNAUM: Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos / POP: Procedimento Operacional Padrão / REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 12 - Transferência de Indicadores nas Dimensões

Dimensão do Modelo*	Classificação do Indicador	Indicador Modelo**	Nova Dimensão no Novo Protocolo	Alteração	Justificativa
Indicador Operacional	Indicador de Existência de Condições Estratégicas	26. Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	Indicador de Sustentabilidade	Transferidos da Dimensão Operacional para a Dimensão de Sustentabilidade	A transferência dos indicadores deu-se pelo entendimento de que os mesmos estão relacionados à sustentabilidade dos serviços prestados, uma vez que o prescritor deve estar sempre atualizado quanto aos mecanismos de divulgação dos medicamentos padronizados do município, assim como se estão disponíveis ou não. Dessa forma, a prescrição poderá ser atendida e as necessidades satisfeitas.
	Indicador de Conhecimento	27. Conhecimento de mecanismos de divulgação da Renuma pelos prescritores.			

* Modelo de avaliação adaptado por Manzini e Mendes (2015).
**Número do Indicador no Novo Protocolo.
Legenda: US: Unidade de Saúde
Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 - Indicadores do Modelo de Avaliação de Manizini e Mendes (2015) mantidos sem nenhuma alteração.

Mantidos sem Alteração			
Nº Indicador Original	Indicador	Nº Indicador no Novo Protocolo	Código Indicador
3	Profissão do coordenador da AF.	4	IE1
5	Existência formal da CFT na SMS.	2	IN2
6	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	3	IN3
9	Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	10	IP1
13	Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	9	ITO3
18	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	4	ITO7
38	Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	3	IE3
42	Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	5	IS3
44	Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	6	IS4

Fonte: Elaborado pela autora.

7.1 NOVO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Com a reformulação do modelo de avaliação adaptado por Manzini e Mendes (2015), o novo protocolo passou a contemplar 30 indicadores capazes de medir a capacidade de gestão da AF municipal em contexto nacional à luz da governança pública, permanecendo a estrutura do protocolo como no modelo original, constituindo-se de três dimensões.

Tal estrutura, ao convergir os elementos conceituais das discussões sobre governança, indica um conceito de gestão como um espaço técnico, político e social que opera na direção da obtenção de resultados. Desta forma, sintetiza capacidades e condições, envolvendo as três dimensões: organizacional, operacional e de sustentabilidade.

O que se espera em cada uma das dimensões apresentadas são estruturas, processos e mecanismos que produzam resultados. Estes resultados são, por um lado, indicadores do desempenho do sistema nas dimensões que conformam a capacidade de gestão, constituindo-se em vetores do desempenho da governança em todo o sistema, em termos de resultados finalísticos de uma política pública, os quais conformam as fronteiras de diálogo e de intervenção do sistema com a sociedade.

Ainda, para reforçar a validade das adequações propostas no Novo Protocolo, assim como avaliar a capacidade de gestão sob a perspectiva da governança, foram confrontadas as premissas das dimensões e dos indicadores que integram a matriz avaliativa do modelo de avaliação da Capacidade de Gestão da AF Manzini e Mendes (2015) com os princípios do modelo de avaliação da governança em saúde, proposto por Siddiqi et al. (2009), que sugere uma estrutura para avaliar a governança do sistema de saúde a nível nacional e em níveis subnacionais, denominado *Framework for Assessing Health System Governance (HSG)*, qual tem sido amplamente aceito e aplicado em países do Mediterrâneo Oriental.

Ao desenvolver as questões-chave para o modelo HSG, considerando a escassez dos modelos, os autores se pautaram nos modelos desenvolvidos para a análise e medição da governança nacional em saúde da OMS (World Health Organization's domains of stewardship); da OPAS (Pan American Health Organization's essential public health functions (EPHF)); do Banco Mundial (World Bank's six basic aspects of governance); e do PNUD (UNDP's principles of good governance) (SIDDIQI et al. 2009).

O modelo de avaliação HSG propõem 10 princípios para avaliar a governança do sistema de saúde, sendo eles: visão estratégica, participação e consenso, Estado de direito, transparência, capacidade de resposta, equidade e inclusão, eficácia e eficiência, responsabilidade, inteligência e informação e ética (SIDDIQI et al. 2009). No entanto, destaca-se que nos modelos citados e em alguns estudos encontrados na literatura os princípios variam de acordo com a realidade a ser medida, como observa-se no estudo de Reidpath e Allotey (2006) intitulado *“Structure, (governance) and health: an unsolicited response”* qual pautou-se no modelo do Banco Mundial utilizando seis dimensões para avaliar a governança, sendo: participação e responsabilidade, estabilidade política, eficácia governamental, qualidade regulatória, Estado de Direito e controle da corrupção.

Os autores concluíram a partir de uma análise criteriosa dos principais componentes, com objetivo de reduzir o número de dimensões, concluíram que as medidas poderiam ser reduzidas com sucesso a uma única medida composta, ressaltando premissas subjetivas sobre a dimensionalidade do governo (REIDPATH; ALLOTEY, 2006).

As premissas das Dimensões e dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF segundo o modelo de avaliação adaptado por Manzini e Mendes (2015) estão expostas nos Quadros 14, 15 e 16. Em seguida, discutem-se como estas premissas dialogam com princípios de modelos aplicados internacionalmente.

Quadro 14 – Premissas da Dimensão Organizacional e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
Organizacional	O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e decisão traduzem os princípios da autonomia, transparência e descentralização da gestão da assistência farmacêutica. A melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre os diferentes atores atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão, o que contribui para a capacidade de decidir democraticamente (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).	Condições normativas	1. Existência da Coordenação da AF na SMS.	O Ministério da Saúde, no documento "Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS" (BRASIL, 2009), preconiza a definição de um locus para a assistência farmacêutica no formato de diretoria, gerência, coordenação ou superintendência, na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. A gestão da assistência farmacêutica é entendida como uma concepção ampliada e inovadora, que precisa de um órgão ou instância que lidere e seja responsável por suas ações, como uma coordenação. O reconhecimento da assistência farmacêutica como uma área de gestão, e não como um ponto de compra e entrega de medicamentos, influencia mudanças na imagem minimalista dos serviços farmacêuticos e na visão técnica da administração clássica, e, ainda, contribui para a garantia de uma gestão que decide e executa, de forma participativa, com autonomia e sustentando os resultados alcançados.
			2. Existência formal da CFT na SMS.	A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de selecionar medicamentos essenciais, assessorar a coordenação da assistência farmacêutica nas questões referentes a medicamentos e promover ações educativas (BRASIL, 2006).
			3. Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	Reis e Perini (2008) ressaltam o envolvimento da CFT na prevenção e gerenciamento do desabastecimento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Com regularidade de funcionamento, os encontros da CFT podem ser considerados um ponto de contribuição para todas as áreas envolvidas com medicamentos e usuários, pois a educação continuada dos profissionais é uma das funções dessa comissão.
		Condições estratégicas	4. Profissão do coordenador da AF.	Segundo estabelecido na Lei no 13.021, de 8 de agosto de 2014 – a qual dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas –, no âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias, de qualquer natureza, requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei. Tomando o alicerce legal, o farmacêutico é o profissional indicado para assumir um cargo de liderança e gerenciamento, como o de coordenador da assistência farmacêutica.
			5. Existência da AF no Plano Municipal de Saúde.	A incorporação da AF no PMS indica maior visibilidade dos seus instrumentos de planejamento o que amplia a capacidade de decidir da gestão da AF, além de um maior grau de incorporação de propostas para a AF no PMS remetendo a priorização da área na agenda das ações de saúde municipal somando para a capacidade de decidir.
			6. Definição dos parâmetros de	A decisão dos parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos às unidades de saúde tem por objetivo a garantia das quantidades e dos tipos de medicamentos que os usuários

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
			programação de medicamentos.	terão disponíveis. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, uma criteriosa avaliação deve ser feita para proceder o atendimento requerido pelas unidades de saúde, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior (BRASIL, 2006). Segundo Marin et al., 2003, a programação para distribuição deve ser descentralizada, para que possa retratar o mais fielmente possível a necessidade local. A perpetuação de programação centralizada pode ocasionar excessos e faltas de grande monta, com sério impacto sobre a resolutividade dos serviços. Portanto, se os parâmetros forem definidos em conjunto entre os profissionais da unidade de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica ou a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), é sinal de que a responsabilidade das ações é compartilhada e de que a gestão está sendo realizada de forma participativa com estratégias de descentralização.
			7. Realização de programação para solicitação/ aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	A programação de medicamentos, assim como o gerenciamento de estoques, são atividades-chave, devido às suas relações com o nível de acesso aos medicamentos, bem como com o nível de perdas desses produtos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). É necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da farmácia, o perfil demográfico da população por ela atendida, a demanda e a oferta de serviços de saúde que representa, e os recursos humanos de que dispõe (MARIN et al., 2003). A programação para aquisição de medicamentos, realizada com critérios técnicos, como perfil epidemiológico, oferta de serviços, consumo histórico e consumo ajustado, é recomendação para manter o abastecimento dos medicamentos, e a falta desses critérios pode comprometer a programação (MARIN et al., 2003; BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). No estudo de Vieira (2008a), foram identificados problemas para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil, e os resultados apontaram que, em 71% dos municípios, ocorre controle de estoque ausente ou deficiente.
			8. Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	Diante de tantos desafios na gestão, a busca por melhores informações em tempo hábil e a utilização dessas informações representam fatores essenciais na formulação e execução de políticas e programas voltados à melhoria das condições de vida da população brasileira (COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012). Um sistema informatizado para os serviços farmacêuticos, integrado a toda a rede de atenção à saúde, constitui uma condição técnica e operacional que facilita a gestão de todos os serviços prestados. É uma ferramenta fundamental, que fornece as informações necessárias em tempo real, moderniza os procedimentos, agiliza o processo de tomada de decisão, e, se periodicamente alimentada, pode criar um banco de dados confiável e diminuir a manipulação de grande quantidade de documentos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). A informatização dessa área possibilitará que dados e informações fiquem à disposição, contribuindo sobremaneira na elaboração de indicadores para a assistência farmacêutica e constituindo-se, assim, importante ferramenta
		Condições técnicas e operacionais	9. Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
				para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações (BRASIL, 2011a).
		Participação	10. Participação da Coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	A participação da coordenação da assistência farmacêutica nas discussões e decisões sobre programas ou atividades de saúde no município permite ampliar as ações de saúde, uma vez que a participação é ingrediente essencial para a formulação dos conceitos de gestão adotados neste estudo e orientados por princípios basilares do SUS. O SUS, ao ser concebido, admitiu a existência de múltiplos interesses e concepções sobre como esse sistema poderia ser conduzido, em um contexto de tanta diversidade e tantas diferenças. Para tanto, foi necessária a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada do SUS, considerados lócus de encontros e desencontros entre pessoas e ideologias, gerando embates e tensões permanentes (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).
		Autonomia	11. Autonomia decisória da Coordenação de AF sobre recursos financeiros.	A autonomia decisória é um dos princípios que constroem a gestão da assistência farmacêutica. Se bem alicercada, pode melhorar a capacidade de gestão no município e contribuir para o reconhecimento da área dentro da secretaria, mantendo os resultados e legitimando a assistência farmacêutica como um serviço bem estruturado para os usuários. A autonomia da coordenação da assistência farmacêutica no âmbito municipal fica prejudicada por ser, segundo Barreto (2007), dependente do entendimento do gestor quanto a importância de a assistência farmacêutica ser uma política de saúde, o que a torna mais vulnerável do que outros programas, podendo ser desarticulada com mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde. A autonomia é também constrangida pela quantidade insuficiente de farmacêuticos envolvidos com as atividades da assistência farmacêutica no setor público e pelas dificuldades operacionais (BARRETO, 2007).

Fonte: Adaptado de Manzini e Mendes (2015).

A dimensão organizacional avalia a capacidade que a gestão da assistência farmacêutica municipal tem de decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente, demonstrando quem e como se decide (MANZINI, MENDES, 2015).

Para tanto, destacam-se alguns dos princípios baseados no modelo de avaliação HSG de Siddiqi et al. (2009), utilizados internacionalmente para avaliar a governança em saúde.

O princípio *Prestação de Contas* entende a necessidade de identificação de quem tem autoridade, quais suas decisões e o que incluem as suas responsabilidades. Se todos estes elementos estiverem disponíveis vislumbra-se que possa ajudar no combate à corrupção, ou seja, “o uso indevido do poder confiado para ganhos privados” (MIKKELSEN-LOPEZ, et al. 2011).

A existência de um marco regulatório envolvendo o instrumental normativo e de projetos e programas que apontem na direção dos objetivos da política e de instâncias administrativas de comando e de decisão será medido através de indicadores de existência de condições normativas, considerando que um dos princípios por Siddiqi et al. (2009) é o *Estado de Direito*, o qual entende que o enquadramento legal relativo à saúde deve ser justo e executado de forma imparcial, em particular as leis sobre os direitos humanos relacionados com a saúde.

Visão estratégica é um dos princípios do HSG e investiga se existe um plano estratégico referente à política em avaliação, que declara os objetivos a serem alcançados, mecanismos de implementação da política de saúde, dentre outros aspectos relacionados à execução da política. Nesse sentido, embasa a necessidade de uma perspectiva ampla e de longo prazo sobre a saúde e desenvolvimento humano, juntamente com um senso de orientações estratégicas para esse desenvolvimento, assim como uma compreensão das complexidades históricas, culturais e sociais em que essa perspectiva se fundamenta (SIDDIQI et al. 2009).

Essencial para o processo gerencial, o planejamento realizado em ambiente democrático, compartilhando a capacidade governativa com demais atores interessados, torna-se uma condição para o exercício da gestão da AFAF, através da institucionalização de competências e adoção de ferramentas para planejar e desenvolver a política de forma eficaz, indicando, dessa forma, existência de condições estratégicas.

Um dos princípios da governança se refere ao uso de informação (*inteligência e informação*) para o planejamento, implementação e execução da política, entendendo como essencial para uma boa compreensão do sistema de saúde: sem as informações necessárias não é possível fornecer evidência para decisões (SIDDIQI et al. 2009).

Assim, *inteligência e informação* são fundamentais para o planejamento, implementação e execução das políticas, baseado em informações essenciais; o princípio da *transparência* também é construído sobre o livre fluxo de informações para todos os assuntos de saúde.

Processos, instituições e informações devem ser diretamente acessíveis a todos os interessados, devendo fornecer informações suficientes para compreender e acompanhar as questões de saúde, bem como seu planejamento e execução (SIDDIQI et al. 2009).

A *participação* é construída sobre a liberdade de associação e de expressão, bem como capacidades de participação construtivamente. A boa governança do sistema de saúde media interesses diferentes para alcançar um amplo consenso sobre o que está nos melhores interesses do grupo e, se possível, sobre as políticas de saúde e procedimentos relacionados (SIDDIQI et al. 2009).

Com o foco na utilização eficaz dos recursos para atender às necessidades de saúde, os temas que foram desenvolvidos neste princípio (*EE*) de governança incluem a capacidade humana de execução e gestão de recursos, do financiamento e da infraestrutura. Dessa forma, entende-se que a autonomia, refere-se à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias (MARAIS; PETERSEN, 2015).

Quadro 15 - Premissas da Dimensão Operacional e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
OPERACIONAL	A dimensão operacional é definida pela condição de existência de um conjunto de procedimentos e mecanismos que revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica no SUS. A capacidade da gestão de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais é avaliada, o que contribui para a capacidade de decidir (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).	Condições técnicas e operacionais	1. Lista de medicamentos padronizados atende as necessidades dos usuários, segundo os prescritores.	O entendimento por parte dos prescritores de que a lista de medicamentos padronizados no município atende as necessidades dos usuários, confere maior confiabilidade à lista e ao processo de elaboração da mesma. Uma vez que, um número maior de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado nos componentes da AF assegura a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da AF.
			2. Existência da Remuneração.	A padronização de medicamentos em uma lista municipal, chamada também de Relação Municipal de Medicamentos (Remuneração), garante o início da organização dos serviços e orienta vários deles, como a aquisição, a programação e as prescrições. A OMS recomenda a formulação de uma lista de medicamentos essenciais a ser elaborada por uma comissão nacional multidisciplinar como uma das diretrizes para assegurar o programa de medicamentos essenciais (WHO, 1995). Os recursos para aquisição dos medicamentos são otimizados por meio de uma lista padronizada, a qual facilita ações educativas para prescritores, dispensadores e usuários, permitindo a uniformização das condutas terapêuticas, assim como poderá diminuir o uso irracional dos medicamentos (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011). A seleção cuidadosa de número limitado de medicamentos essenciais permite melhorar a qualidade de atenção à saúde, a gestão dos medicamentos, a capacidade dos prescritores e a educação do público. A adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, viabiliza o manejo de medicamentos mais eficazes, mais seguros, com menor custo e, por consequência, garante maior acesso à população (WANNMACHER, 2006). As ações educativas que a lista padronizada proporciona geram a possibilidade de diminuição de erros e melhoria dos resultados de tratamentos, além de permitir a uniformização de condutas terapêuticas (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011).
			3. Existência de medicamentos destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	A RDC da Anvisa n. 44/2009 (BRASIL, 2009c), que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento em farmácias e drogarias, determina, no artigo 38, que os produtos vencidos sejam segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e com identificação de sua condição e destino, de modo a evitar que sejam entregues ao consumo. Portanto, medicamentos fora do prazo ou sem a data de validade no blister, causado pelo fracionamento na dispensação para seguir a prescrição, indicam ausência de condições técnicas e operacionais, como controle adequado e suficiente do estoque. A existência de condições mínimas de higiene e boas práticas, para que os medicamentos cheguem aos usuários de forma estável e garantam o uso eficaz, é essencial.

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	<p>Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF</p> <p>para a execução da gestão da assistência farmacêutica. Os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, com o objetivo de assegurar a manutenção das características e da qualidade necessárias a correta utilização. Os medicamentos devem ser dispostos de forma a garantir as características físico-químicas, a observação de prazo de validade e, ainda, a manutenção da qualidade (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Do mesmo modo, a farmácia deve ter procedimentos claros quanto ao destino correto dos medicamentos vencidos e processos que definam as ações para os medicamentos que estão próximos a serem vencidos. O estabelecimento deve seguir o Procedimento Operacional Padrão (POP) para o destino dos produtos com prazos de validade vencidos e destinação dos produtos próximos ao vencimento (BRASIL, 2009c). O fato de os medicamentos serem fracionados e faltar a data de validade é um reflexo da indústria, que, ao produzir os medicamentos, não tem a preocupação de projetar uma embalagem fracionável, com data de validade e lote em todos os comprimidos. O Brasil é desprovido de legislação adequada para fracionamento de medicamentos de uso ambulatorial. A exigência em ambiente hospitalar é realizada diferente do uso ambulatorial, comprometendo a capacidade técnica da gestão municipal da assistência farmacêutica.</p> <p>Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir, no conjunto do sistema de saúde, farmácias com serviços e ambientes adequados, em que as áreas físicas sejam planejadas e capazes de: (i) oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; (ii) garantir que os medicamentos mantenham sua integridade física e química; e (iii) proporcionar boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários do sistema. Isso, ainda, com o objetivo de desenvolver ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente, permitindo a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde (BRASIL, 2009a). Baseados no documento "Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2009a), alguns instrumentos foram selecionados para verificação da sua existência nas farmácias das unidades de saúde, tais como, termômetro digital, aparelho de ar condicionado, refrigerador próprio para termolábeis e armário com chave para psicotrópicos. A existência desses instrumentos pode demonstrar condições favoráveis, que garantam o início da estruturação das farmácias e a ampliação da visão da farmácia como apenas local de entrega de medicamentos. As perdas de medicamentos podem ser agravadas pelas condições inadequadas de armazenamento. Essa situação foi observada em 39% dos municípios em estudo desenvolvido por Vieira (2008a), que apontou aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. O</p>
			<p>4. Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.</p>	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	<p>Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF</p> <p>fato sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde e, ainda, em recursos humanos.</p> <p>A dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (MARIN et al., 2003). A dispensação, enquanto parte do processo de cuidado do usuário, é o ponto final do atendimento ambulatorial, e é nesse momento que o usuário tem a oportunidade de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir os possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa prescrita (UETA; HOEFFNER; BERNARDO, 2011). A organização da dispensação de medicamentos através de instrumentos como um manual padronizado é indicada pelo Ministério da Saúde no documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (2009a). Entende-se ser necessária a existência de um fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos; conhecido por todos os trabalhadores; que contemple as atribuições de todos os setores da farmácia, proporcionando a organização dos serviços. Alguns cuidados devem ser tomados na elaboração de um POP, entre eles, não copiar procedimentos de livros ou de outras organizações, tendo em vista que existem particularidades em cada serviço, e realizar constantes análises críticas (BRASIL, 2009a). O manual de dispensação padroniza o serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade, para que todos os usuários o recebam igualmente, respeitando suas individualidades.</p> <p>A dispensação de medicamentos realizada por meio de um sistema informatizado da rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município demonstra a integração e comunicação entre os diversos setores da rede de atenção à saúde, contribui para a capacidade de decidir e compartilhar as informações da gestão da AF na rede. Indica iniciativas de gestão voltadas para a qualidade da organização da Assistência Farmacêutica o que soma para a capacidade de executar. Além disso, o registro das dispensações de medicamentos para cada paciente gera um histórico permitindo a garantia do URM.</p> <p>A inclusão de um indicador que mede a disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas indica iniciativas de gestão voltadas a garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução e capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na rede básica de saúde do município, alcançando um dos resultados esperados pela AF, onde considera-se que um dos princípios básicos da AF é a acessibilidade aos medicamentos.</p>
			<p>5. Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.</p>	
			<p>6. Dispensação de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado.</p>	
			<p>7. Disponibilidade de medicamentos.</p>	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
		Condições normativas	8. Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	A geração de resíduos medicamentosos acontece devido a: (i) dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente; (ii) apresentações não condizentes com a duração do tratamento; (iii) não implantação do fracionamento de medicamentos pela cadeia farmacêutica; (iv) interrupção ou mudança de tratamento; (v) distribuição aleatória de amostras-grátis; e (vi) gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos pelas empresas e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2011b). O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é condição normativa, e sua existência é avaliada na matriz de indicadores. A geração de resíduos, de uma forma geral, constitui-se atualmente em um grande desafio a ser enfrentado pelas administrações municipais e estaduais, sobretudo nos grandes centros urbanos. O descarte de medicamentos não pode ser discutido isoladamente, já que é apenas um dos muitos resíduos gerados (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Segundo a Lei no 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, estão sujeitos à elaboração do plano de gerenciamento estabelecimentos produtores de resíduos de serviços de saúde. A Resolução no 306, de 2004, estabelece que o PGRSS é o documento que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e avaliados seus riscos no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente.
			9. Existência de investimentos em infraestrutura no último ano em serviços de AF.	A matriz de indicadores contempla os investimentos em infraestrutura para os serviços de assistência farmacêutica nos municípios. São estratégias que demonstram a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a qualificação da assistência farmacêutica municipal (NEPAF/UFBA, 2007). A Portaria no 1.555/2013, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, definiu que as Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal para atividades destinadas à: (i) adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios; (ii) aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica; e (iii) à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica. Essa orientação constitui um incentivo normativo aos municípios para investirem em infraestrutura de serviços de assistência farmacêutica. Em estudo, Vieira (2008a) concluiu que as perdas de medicamentos por condições inadequadas de armazenamento ou medicamentos vencidos são um fator que sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde. Nesse estudo fica evidente que a falta de investimentos pode desqualificar

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	<p align="center">Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF</p> <p>os serviços e desencadear uma série de problemas para a gestão da assistência farmacêutica. Os benefícios dos investimentos em estruturação e manutenção de um serviço de farmácia têm um enorme potencial para superar os seus custos, por proporcionam: (i) diminuição do número de usuários que evoluem para um nível de maior complexidade de atendimento; (ii) redução da quantidade de produtos que são descartados por ultrapassarem o prazo de validade, pois ocorre economia nas aquisições; (iii) aumento do atendimento das prescrições, por existir uma melhor distribuição dos medicamentos; e (iv) maior número de itens atendidos por prescrição, devido a maior interação entre o prescritor e o farmacêutico nas unidades de saúde (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).</p> <p>O serviço de farmácia deve constituir-se como referência para informações técnico-científicas sobre medicamentos para a saúde local e seus profissionais (BRASIL, 2009a). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) defende que as ações de assistência farmacêutica envolvem responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), o farmacêutico ocupa papel-chave na assistência farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. O momento da dispensação é, muitas vezes, o único contato que o usuário tem com o farmacêutico e também o último com algum profissional de saúde antes de iniciar o tratamento da sua doença ou enfermidade (MARIN et al., 2003). A equipe de trabalho deve compreender que a responsabilidade técnica dessas atividades e sua gestão são do profissional farmacêutico (BRASIL, 2009a). Esse indicador da matriz de avaliação demonstra que todas as unidades de saúde que prestam serviços de atenção básica e dispensam medicamentos para esse nível de atenção devem ter, de forma ideal, a presença do farmacêutico, que contribui para a qualificação técnica da equipe de saúde e pode ajudar nos processos organizacionais das instituições e, principalmente, sociais, no compartilhamento de vivências e no vínculo criado com a comunidade. Além disso, a dispensação de medicamentos é ato privativo do farmacêutico, segundo o Decreto no 85.878/1981. Um estudo de Oliveira, Assis e Barboni (2010) aponta que somente 11,53% das unidades de saúde do município estudado contavam com a presença do farmacêutico. A falta de inserção do farmacêutico nas equipes de saúde da família e a pouca atenção dispensada pelos gestores municipais às questões de organização e estruturação da assistência farmacêutica básica podem comprometer a qualidade da assistência. Nesse aspecto, o medicamento pode até ser disponibilizado, mas o usuário não tem garantias de sua qualidade, além de não receber, ou receber parcialmente, as informações necessárias para a adequada farmacoterapia. Em serviços públicos, os governos e dirigentes</p>
			10. US que contam com a presença de farmacêutico.	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
				<p>discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas geralmente não se preocupam com a estruturação e organização desse serviço. A maioria das farmácias de unidades básicas de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na dispensação (VIEIRA et al., 2008b), o que compromete a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica.</p> <p>A percepção dos profissionais em relação à adequabilidade da quantidade e da diversidade de tipos de medicamentos e a satisfação deles significam condições para o bom andamento da gestão, já que recursos humanos satisfeitos podem melhorar a qualidade dos serviços ofertados e a assistência à saúde integral. Faz parte da concepção ampliada de gestão adotada neste estudo essa ideia que pressupõe a gestão como política e estratégica, considerando que há um envolvimento de diversos atores com contribuições diferentes. A percepção de atores (secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores), em relação à quantidade e tipos de medicamentos, é questão revelada em indicadores da matriz avaliativa. A satisfação profissional tem sido considerada de primordial importância, porque, direta ou indiretamente, é associada, simultaneamente, à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores (TAVARES, 2008). De acordo com Gonçalves (1995), a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global ou, então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho.</p>
		Satisfação	11. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido pelo coordenador da AF e prescritores.	

Fonte: Adaptado de Manzini e Mendes (2015).

Essa dimensão avalia principalmente aspectos da qualificação e estruturação técnica da gestão da assistência e avalia a política ao identificar os investimentos mobilizados pela gestão da AF (MANZINI, MENDES, 2015).

A reorientação dos serviços de saúde para uma prática que efetivamente reconheça os diversos saberes quer sejam científicos, políticos ou populares, articulados pelos vários atores sociais envolvidos, são estratégias de governança por processos inclusivos, democráticos e de distribuição de poder que podem gerar sustentabilidade aos resultados impactantes favoráveis à equidade em saúde (BUENO et al. 2013), assim reconhecer a percepção dos prescritores sobre as necessidades dos usuários é entendido como um indicador de *equidade*.

Dentre as questões de governança sob este domínio dos princípios da *EE* no contexto da GAF estão os recursos humanos, finanças, infraestrutura, medicamentos e tecnologias. Entretendo, nesta sub dimensão entende-se a infraestrutura como um fator que influencia os resultados em saúde. Aparentemente, é claro que o sistema de aquisição e dispensação de medicamentos dependem de critérios que dão subsídios a programação de medicamentos, sendo que esses critérios são evidenciados através de instrumentos (como por exemplo, um sistema de informação) e procedimentos padrões adotados para garantir a qualidade dos serviços e o acesso total da população aos medicamentos e assistência prestada.

Destaca-se os resultados obtidos a partir de uma avaliação da governança utilizando o modelo Siddiqi et al. (2009) para avaliar o sistema de saúde mental nos cuidados primários na Uganda, onde quase todos os entrevistados a nível distrital comentaram sobre a falta frequente de medicamentos e que todos os estabelecimentos de saúde queixam-se de atrasos apontando oferta insuficiente de medicamentos. O sistema de abastecimento de medicamentos atual (denominado “push system”) foi relatado como problemático, dando as unidades de saúde menos autonomia do tipo e da quantidade de medicamentos a serem fornecidos, entendido como um dos principais desafios que afetam o fornecimento de serviços (MUGISHA et al., 2016).

O princípio de *prestação de contas* inclui também a informação transparente sobre as responsabilidades, a utilização dos recursos disponíveis e desempenho transmitido, e quais os incentivos e as sanções podem distorcer os comportamentos (MIKKELSEN-LOPEZ, et al. 2011). Esse indicador também está inserido no princípio da transparência, uma vez que ela refere-se à lisura e clareza na tomada de

decisões, além de alocação de recursos de forma transparente e acompanhamento das despesas (KAPLAN et al. 2013).

Entende-se que esse indicador integra o princípio *Estado de Direito*, não somente pelo amparo legal que ele representa, mas também por tratar-se de um direito do cidadão ao acesso a AF. E para que isso ocorra é imprescindível à presença do profissional farmacêutico na Unidade de Saúde. O contexto desse princípio refere-se às leis e regulamentos em saúde relacionados à prestação de serviços, infraestrutura, tecnologia, recursos humanos e a disponibilidade produtos farmacêuticos (SIDDIQI et al. 2009).

O princípio *equidade* entende que todos os homens e mulheres devem ter oportunidades para melhorar ou manter sua saúde e bem-estar e essa garantia se dá através da equidade no acesso aos cuidados de saúde, financiamento justo dos cuidados de saúde e extinção das disparidades na saúde. Interpreta-se, dessa forma, adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda relaciona-se com o princípio de equidade (MUGISHA et al., 2016).

Quadro 16 - Premissas da Dimensão de Sustentabilidade e seus indicadores do modelo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
SUSTENTABILIDADE	A sustentabilidade refere-se à probabilidade de um programa ser capaz de continuar suas atividades operacionais e manter seus resultados ao longo do tempo. Isso pode depender de vários fatores, como a continuação da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a permanência de uma direção eficaz e sua habilidade para resistir a mudanças (OCDE, 2002). A sustentabilidade pode estar limitada a rotinas organizacionais ou pode obedecer a padrões institucionais oficiais que dão origem a rotinas padronizadas mais duráveis. Rotinas programáticas precisam ser renovadas de tempos em tempos para que os programas sobrevivam. Distinguir claramente rotinas e padrões identifica dois níveis de ação que propiciam a sustentabilidade de um programa: organizacional e oficial	Conhecimento	7. Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remunre pelos prescritores.	A interação entre os profissionais que trabalham com os medicamentos, desde o momento da escolha do elenco no município, suas necessidades até a prescrição, dispensação e administração, auxiliando os usuários no cuidado à saúde, é essencial para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no município. Os prescritores são atores diretamente relacionados com a gestão da assistência farmacêutica – já que a prescrição é um ato de responsabilidade de alguns profissionais (médicos e dentistas) –, em que o medicamento é o insumo principal, e o cuidado à saúde gestão dos usuários pode ser garantido. O cumprimento da prescrição, por meio do fornecimento do medicamento correto, com qualidade e em quantidade adequada, é dever da gestão e, em contrapartida, o prescritor, através da prescrição, poderá possibilitar o tratamento e uma parte da resolução do problema de saúde. A capacidade de sustentar os resultados da gestão ganha força com a difusão das necessidades, das informações e do compartilhamento das questões da assistência farmacêutica com os diferentes atores, entre eles os prescritores. Os prescritores, ao recebem informações sobre os medicamentos disponíveis nas unidades e dos mecanismos de divulgação da Remunre, demonstram a interação das equipes com os farmacêuticos e as diretorias, inclusive da ESF. As estratégias para melhorar a gestão apontam para que todos os envolvidos, de alguma forma, com usuários e medicamentos adotem as políticas e diretrizes estabelecidas pela gestão da assistência farmacêutica. Ao receberem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das unidades e saberem das inclusões e exclusões da Remunre, os prescritores estarão também envolvidos nas ações da gestão da assistência farmacêutica, adotando as diretrizes e políticas pactuadas, aumentando a adesão à lista de medicamentos padronizada e entendendo o objetivo de uma gestão participativa e transparente, colaborando, assim, para seus resultados positivos e a manutenção da política de seleção adequada nos municípios.
		Condições estratégicas	1. Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores. 2. Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins.	E imprescindível a formação de profissionais capazes de desenvolver uma prática que contemple a integralidade das ações, colocando as pessoas no centro dessas ações e os medicamentos como instrumentos terapêuticos. Nessa concepção, a gestão da assistência farmacêutica é norteadora pela necessidade de qualificação técnica dos profissionais, aliada ao desenvolvimento de habilidades e competências estratégicas e políticas (FARIAS et al., 2011). A participação de farmacêuticos em

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
	<p>(PLUYE, POTI, DENIS, 2004). A institucionalização de processos que criem um ambiente favorável para sustentar as decisões também é peça importante nessa construção (GUIMARÃES et al. 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).</p>		<p>3. Vínculo trabalhista do coordenador da AF.</p>	<p>capacitações na área de assistência farmacêutica e afins é questionada no indicador e é condição estratégica de sustentabilidade.</p> <p>O vínculo trabalhista do coordenador da assistência farmacêutica é considerado uma condição de grande impacto para a gestão da assistência farmacêutica. Os itens avaliados para essa condição são vínculo estatutário, outras formas de contratação ou a falta de cargo de coordenador da assistência farmacêutica. O vínculo estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do Estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU), adotado pela União, Unidades Federadas e municípios, como coletânea de normas gerais (BRASIL, 2009b). A precarização do trabalho envolve não somente a ambiência física, mas também a organização e gestão dos processos de trabalho. Os vínculos empregatícios, cuja heterogeneidade e/ou multiplicidade de vínculos, com remunerações, benefícios, direitos e vantagens diferenciadas, podem se transformar em disparadores de conflitos interpessoais, uma vez que ferem princípios valorativos de justiça e equidade (LANDIM; GUIMARÃES, 2011). Segundo Felisberto et al., 2009, os aspectos que influenciam negativamente na sustentabilidade estão relacionados: (i) à alternância política nos entes federados, que proporcionam mudanças de gestão em desconpasso, considerando que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; e (ii) às frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo mudanças na condução destes, colocando em perspectiva os diferentes interesses. Portanto, o vínculo estatutário, em que o profissional passou por um concurso público e tem sua contratação de forma mais estável, é uma alternativa que possibilita a garantia de uma gestão mais estável e duradoura.</p> <p>A existência de formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social nas ações de assistência farmacêutica, pode ser concretizada por meio de mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre os serviços de assistência farmacêutica. É uma condição estratégica, que, segundo Landim e Guimarães (2011), compreende um conjunto articulado de ações interdependentes, direcionadas para o alcance dos objetivos organizacionais. Os mecanismos analisados na matriz avaliativa são os considerados oficiais, como ouvidorias e caixas de sugestões, e foram perguntados aos coordenadores das unidades de saúde e usuários. Outras formas, como falar diretamente com os gestores, não foram consideradas como resultados positivos neste indicador. Uma relação construída nesse mecanismo é o clientelismo, que se apresenta como uma</p>
			<p>4. Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.</p>	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premisas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
		Satisfação	5. Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	<p>A sustentabilidade dos resultados de gestão exige que se repense a respeito da gestão de pessoas nas organizações públicas de saúde, sob a perspectiva do significado do trabalho e da motivação dos sujeitos individuais e coletivos para atuar em equipe interdisciplinar de saúde, participar do processo decisório e produzir o desempenho esperado em observância às expectativas organizacionais e sociais (LANDIM; GUIMARÃES, 2011). Cabe frisar que a gestão é, também, um fenômeno "social", visto que pressupõe a participação da sociedade como forma de garantir os direitos de cidadania (FARIAS et al., 2011). A importância de avaliar a satisfação dos usuários é demonstrada em estudos como o realizado por Teixeira et al., 2006, segundo o qual 79,41% da comunidade estão insatisfeitos com a disponibilidade de medicamentos. A matriz avaliava tem três indicadores sobre o grau de satisfação dos usuários das farmácias das unidades de saúde com as seguintes indagações: satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos; satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos; satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia. A avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta as variáveis através das quais os pacientes podem influir de forma mais direta na definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tais como condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento (DONABEDIAN, 1990 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria "satisfação", que possui diversos determinantes, como o grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente, como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos</p> <p>A Lei no 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e diz respeito ao Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990b). O modelo de gestão</p>
			6. Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	
			8. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde.	

Dimensão	Premissa da Dimensão	Sub Dimensão	Indicador	Premissas dos Indicadores utilizados para avaliar a Capacidade de Gestão da AF
				serviços, e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).
		Participação	8. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde.	A Lei no 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e diz respeito ao Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990b). O modelo de gestão aqui adotado – baseado no conceito de Guimarães et al., 2004, p. 1646, grifo dos autores), em que gestão é “[...] a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” – tem como fatores motivadores a participação e a transparência. Essas iniciativas fazem parte do elenco de ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). As discussões das questões de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde são indicadores de participação e transparência, pois as ações e os recursos empregados na área ficam esclarecidos diante dos conselheiros. Os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde; são espaços de diálogo e participação e também instância de exercício de poder (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Ainda que a participação popular constitua elemento decisivo para evitar a degradação e manipulação das iniciativas orçadas de políticas públicas, outras formas de participação necessitam ser criadas, direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação dessas políticas (FURTADO et al., 2013).

Fonte: Adaptado de Manzini e Mendes (2015).

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem para sustentar as ações da assistência farmacêutica, o grau elevado de inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e a satisfação dos usuários e trabalhadores com a qualidade dos serviços. Esses aspectos traduzem a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica municipal.

Dentre os princípios da governança, está a “Responsiveness of institutions” que se refere à capacidade de resposta das instituições, destacando que tanto as instituições quanto os processos devem procurar servir todas as partes interessadas para garantir que as políticas e programas respondem às necessidades dos seus usuários. Existem mecanismos de direcionamento e responsividade dos serviços de saúde em relação para com os profissionais médicos e não-médicos para que possam desenvolver suas competências atendendo às expectativas da população (SIDDIQI et al. 2009).

Inteligência e informação são essenciais para uma boa compreensão do sistema de saúde, sem a qual não é possível fornecer evidências para decisões informadas que influencia o comportamento dos diferentes grupos de interesse que suportam, ou pelo menos não entre em conflito com a visão estratégica para a saúde (MARAIS; PETERSEN, 2015).

O princípio da responsividade também se relaciona ao alinhamento da educação e o desenvolvimento com as competências necessárias, respondendo as necessidades de saúde da população. A formação deve estar ligada às prioridades das organizações (KAPLAN et al. 2013).

O princípio da governança que contempla visão estratégica e direção defende uma visão à longo prazo como estratégia de desenvolvimento abrangente, onde os gestores devem estar pautados numa perspectiva ampla sobre a saúde e o desenvolvimento humano, juntamente com uma gama de orientações estratégicas para esse desenvolvimento (MARAIS; PETERSEN, 2015). Nesse sentido, para garantir que esse princípio seja contemplado e a sustentabilidade dessas ações entende-se a necessidade de um vínculo público entre o coordenador da AF e o serviço.

Os processos e instituições devem produzir resultados que atendam às necessidades da população, entendendo que a qualidade dos recursos humanos e processos de comunicação influenciam nos resultados de saúde, explicando assim o princípio da responsividade (SIDDIQI et al. 2009).

O princípio de Participação e Colaboração aborda a necessidade de tomada de decisão com participação da população, ou seja, a sociedade civil e outras partes interessadas devem ser consultadas na tomada de decisões. Esse princípio defende que todos os homens e mulheres devem ter uma voz na tomada de decisões para a saúde, seja diretamente ou através de instituições intermediárias legítimas que representam seus interesses (SIDDIQI et al. 2009).

A partir do entendimento dos elementos conceituais e dos princípios norteadores dos modelos de avaliação apresentados, presume-se a consonância entre os conceitos e premissas da Capacidade de Gestão da AF e de Governança Pública em Saúde. Nesse sentido, tem-se a adaptação do protocolo de avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica à luz da governança pública em saúde para a aplicação em uma base de dados nacional, conforme posto nos Quadros 17, 18 e 19.

Quadro 17 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão Organizacional

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
Organizacional	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	IN1	1. Existência da Coordenação da AF na SMS.	Entrevista Coordenador da AF	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?	Sim / Não	Coordenação instituída: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		IN2	2. Existência formal da CFT na SMS.	Entrevista com coordenador da AF	A CFT existe formalmente na SMS do Município?*	- Oficial: portaria ou nomeação dos membros da CFT. - Não oficial - Não existe	- Oficial: 100% dos pontos / verde - Não oficial: 75% dos pontos / amarelo - Não existe: não pontua / vermelho
		IN3	3. Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	Entrevista com coordenador da AF	A CFT funciona regularmente?	Municípios com mais de 100.000 habitantes: - Acima de 6 (seis) reuniões anuais: regular - Abaixo de 6 (seis) reuniões anuais: irregular Municípios com menos de 100.000 habitantes: - Acima de 3 (três) reuniões anuais: regular - Abaixo de 3 (três) reuniões anuais: irregular	Regular: 100% dos pontos / verde Irregular/Não existe: não pontua / vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
		IE1	4. Profissão do coordenador da AF.	Entrevista com coordenador da AF	Qual é a profissão do coordenador da AF?	- Farmacêutico. - Outra profissão da área da saúde. - Outra profissão que não seja da área da saúde. /Qualquer outra situação.	Farmacêutico: 100% dos pontos / verde Outra profissão da área da saúde: 50 % dos pontos / amarelo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho
		IE3	5. Existência da AF no Plano Municipal de Saúde.	Entrevista com coordenador da AF	A AF consta no Plano Municipal de Saúde?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		IE2	6. Definição dos parâmetros de programação de medicamentos.	Entrevista com coordenador da AF	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados?	- Definição feita em conjunto (Farmacêutico e CFT – equipe multidisciplinar) - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pelo profissional farmacêutico. - Definição da quantidade de medicamentos feita por outros profissionais sem a participação do farmacêutico e CFT.	-Definição feita em conjunto (Farmacêutico e CFT – equipe multidisciplinar): 100% dos pontos / verde -Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US ou somente pelo profissional farmacêutico: 50% dos pontos/ amarelo -Definição da quantidade de medicamentos feita por outros profissionais sem a participação do farmacêutico e CFT: não pontua / vermelho
	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	IT01	7. Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	Entrevista com Dispensador	Esta Farmácia/ Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)						

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
		ITO2	8. Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	Entrevista Dispensador	Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde? A) Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde B) Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde C) Controle de estoque da Unidade de Saúde D) Consumo histórico da Unidade de Saúde	- Utilização de métodos de programação de medicamentos - Não utilização de métodos de programação.	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
			9. Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	Entrevista Coordenador da AF	Existe um sistema informatizado ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF para a gestão da AF?*	- Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde. - Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde.	Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 100% dos pontos / verde Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 50% dos pontos / amarelo Não existe sistema informatizado: não pontua / vermelho
	Indicador de participação (10 pontos)	IP1	10. Participação da Coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	Entrevista com coordenador da AF	O coordenador da AF participa do planejamento das ações das diferentes áreas técnicas?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
	Indicador de autonomia (10 pontos)	IA1	11. Autonomia decisiva da Coordenação de AF sobre recursos financeiros.	Entrevista com Coordenador da AF	A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

*Composição de duas questões da PNAUM gerando uma variável.
Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Renumex: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade (s) de Saúde
Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 18 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão Operacional

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
OPERACIONAL	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	ITO4	1. Existência da Renumé.	- Entrevista com coordenador da AF	Existe no município uma lista padronizada de medicamentos?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		ITO5	2. Lista de medicamentos padronizados atende as necessidades dos usuários, segundo os prescritores.	- Entrevista Médicos	O prescritor considera que a lista padronizada de medicamentos no município atende às necessidades dos usuários da unidade de saúde?	Total de prescritores que consideram que a lista atende a necessidade dos usuários/ número de prescritores entrevistados	Acima de 75%: 100% dos pontos / verde Entre 50 a 74%: 75% dos pontos / amarelo Entre 25 a 49%: 50% dos pontos / roxo Abaixo de 25%: não pontua / vermelho
		ITO6	3. Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	- Roteiro de Observação	Existem medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?	Sim / Não	Não existência de medicamentos fora da validade: 100% dos pontos / verde Existência de pelos menos um medicamento fora da validade: não pontua / vermelho
		ITO7	4. Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Verificação das condições na Farmácia da US.	Área de armazenamento possui: 34A) Aparelho de ar condicionado 34B) Armário com chave para medicamentos controlados 34C)Refrigerador/ geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos	Sim / Não para os seguintes instrumentos: - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento	Acima de 75% média: 100% dos pontos: verde 50% a 75% média: 75% dos pontos: amarelo 25% a 50% média: 50% dos pontos: roxo 0 a 25% média: 25% dos pontos: vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
					341) Termômetro digital (temperatura do ambiente)	dos psicotrópicos <i>Considerar para cada unidade de saúde apenas os itens elegíveis. Calcular a porcentagem de cada unidade e para o município a média das porcentagens das unidades</i>	
		ITO8	5. Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	- Entrevista com coordenador da AF	Existe procedimento operacional padrão para dispensação?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		ITO9	6. Dispensação de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado.	Entrevista com coordenador da AF	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? f) Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		ITO10	7. Disponibilidade de medicamentos.	Roteiro de Observação.	Medicamento padronizado no município e disponível na Farmácia/ Unidade de dispensação?*	- Todos os medicamentos padronizados estão disponíveis: 100% dos pontos / verde - Ausência de pelo menos 1 medicamento padronizado: não pontua / vermelho	- Todos os medicamentos padronizados estão disponíveis: 100% dos pontos / verde - Ausência de pelo menos 1 medicamento padronizado: não pontua / vermelho
	Indicador de existência de condições normativas	IN4	8. Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	-Entrevista com coordenador da AF	A SMS tem um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	IE4	9. Existência de investimentos em infraestrutura no último ano em serviços de AF.	Entrevista com coordenador da AF	O município/DF realizou gasto com a estruturação da AF no último ano?	Sim/ Não	Sim: 100 % dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		IE5	10. US que contam com a presença de farmacêutico.	Entrevista com coordenador da AF	As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?	Número de US que contam com a presença de farmacêutico /Total de US x 100	100% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos / amarelo De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos / roxo Nenhuma US com farmacêutico: não pontua / vermelho
		IS1	11. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido pelo coordenador da AF e prescritores.	- Entrevista com Médicos - Entrevista com coordenador da AF	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município na percepção do prescritor e coordenador da AF? *	Número de prescritores e coordenadores da AF que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda / total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho
	Indicador de satisfação (4 pontos)						

*Composição de duas questões da PNAUM gerando uma variável.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Remume: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade (s) de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 19 - Matriz Avaliativa do Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF: Dimensão de Sustentabilidade

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
SUSTENTABILIDADE	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	IE7	1. Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	- Entrevista com Médicos	O prescriptor costuma ser informado sobre quais medicamentos estão disponíveis na farmácia municipal?	Número de prescritores que referem receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US / Total de informantes X 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho
		IE8	2. Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins.	- Entrevista com coordenador da AF	Existe no Município DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	Número de farmacêuticos que participaram algum tipo de qualificação e/ou capacitação de / total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho
		IE9	3. Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	- Entrevista com coordenador da AF	Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?	- Estatutário - Outras formas de contratação - Não tem o cargo de coordenador da AF	Estatutário: 100% dos pontos / verde Outras formas de contratação não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua / vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
	Indicador de satisfação (4 pontos)		4. Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	- Entrevista com coordenador AF	Existem mecanismos no Município/DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
		IS3	5. Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	- Entrevista com usuários	- O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? - Estes funcionários da Farmácia onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?	Número de usuários que atribuíram satisfação / Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo
		IS4	6. Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	- Entrevista com usuários	- Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios? - Como você avalia a sinalização existente, para encontrar a Farmácia? - Como você avalia a limpeza da Farmácia? - Para você o como é o conforto da unidade onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?	Número de usuários que atribuíram satisfação às condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos / Total de informantes x 100	De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho

Dimensão	Sub Dimensão	Código	Indicador	Fonte	Pergunta	Medida	Parâmetro
	Indicador de Conhecimento (8 pontos)	IC2	7. Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remuneração pelos prescritores.	- Entrevista com prescritores	O prescritor conhece a lista e possui acesso à lista padronizada de medicamentos? *	Número de prescritores que referem conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remuneração / Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho
	Indicador de participação (10 pontos)	IP2	8. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde.	- Entrevista Coordenador da AF	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no Município DF?	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

*Composição de duas questões da PNAUM gerando uma variável.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Remun: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade(s) de Saúde
Fonte: Elaborado pela autora.

8 DISCUSSÃO

Para avaliar a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) e a sua implementação nos municípios brasileiros, o presente estudo pressupõe que capacidade de gestão da AF pode demonstrar adequadamente o nível municipal geral e específico de desenvolvimento desta política e os problemas que podem limitar a sua capacidade de gestão na perspectiva da governança pública em saúde.

Observou-se um número expressivo de mudanças na matriz avaliativa proposta por Manzini e Mendes anteriormente em municípios do sul do Brasil. Para Leite et al. (2015 p. 85) as mudanças “refletem o fato de que o modelo adotado de avaliação é temporal e serve para aquela realidade”. As autoras destacam também que a utilização de modelos de avaliação já aplicados anteriormente necessita de revisão e atualização para adoção em novas avaliações (LEITE et al. 2015).

A metodologia adotada possibilitou a adaptação da matriz avaliativa a partir do cruzamento entre os dados disponibilizados pela PNAUM e o modelo de avaliação de referência. As adequações entre o protocolo de indicadores proposto por Manzini e Mendes (2015) e a PNAUM resultou em uma nova matriz de avaliação, agora abrangendo o contexto nacional, considerando as inúmeras diversidades do País. O protocolo permite apresentar um panorama da gestão da AF, suas inter-relações e a aferição da capacidade de gestão da AF de cada município da amostra.

Para um país com as características específicas como as do Brasil, com uma organização política federativa; de poder administrativo fragmentado; grandes dimensões; grandes diferenças regionais de desenvolvimento socioeconômico e num cenário atual de grandes riscos de perdas nas políticas públicas de garantia do direito à saúde pública, o desenvolvimento e aplicação de um estudo desta magnitude são de suma importância.

Estes estudos devem indicar os problemas de gestão referente à necessidade de desenvolvimento de capacidades tanto técnicas, quanto políticas e sociais capazes de direcionar a tomada de decisão da gestão em saúde, pautada pelos princípios constitucionais da universalidade dos direitos e da participação social.

O acesso a medicamentos é o indicador mais observado da assistência farmacêutica em instalações de serviços de saúde. No entanto, entende-se que para a manutenção do acesso aos medicamentos, prescritos e dispensados adequadamente, constantemente monitorados e avaliados, em um preço acessível para o sistema de saúde e que atendam

todas as necessidades de saúde de uma população a gestão da AF deve estar apoiada nos princípios da governança pública em saúde.

Destaca-se que a capacidade de gestão da AF busca a sustentabilidade, pautada nos princípios do SUS, acompanhada pela orientação de valores conhecidos como responsividade e eficácia, termos esses, que surgem com um novo modelo de política pública e que busca atingir seus objetivos através da diminuição dos custos da estrutura estatal, melhoria da prestação dos serviços públicos sob a ótica do Estado como garantidor dos direitos de uma sociedade.

Entende-se que governança é uma nova forma de pensar sobre as capacidades do Estado e as relações entre este e a sociedade, defendendo que ele deve desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento nas esferas econômica, social e política (BEVIR, 2010). A OMS destacou-se como o principal órgão responsável pela operacionalização e difusão do termo na área da saúde, especialmente nas discussões de estratégias e estruturas que podem potencializar a prestação de serviços de saúde, principalmente com o objetivo de equacionar os recursos disponíveis diante da demanda crescente das populações por cuidados de saúde (SIDDIQI, 2009).

A governança dos serviços de saúde, considerando o âmbito da AF, é influenciada constantemente pela estrutura do Estado e as suas organizações sugestionando o desenvolvimento e os resultados das políticas, que por sua vez, correspondem à tomada de decisão dos gestores públicos atendendo ou não o que é de interesse da sociedade (responsividade).

Nesse contexto, supõem-se que um modelo de avaliação deve avaliar a capacidade do sistema de governo para planejar o que é possível de realizar (eficácia), ou seja, se existe mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da AF, se há capacidade de formular e desenvolver condições para implementar, manter e monitorar os serviços, bem como, capacidade para manter e ampliar os recursos gerenciais e se a tomada de decisão é participativa, autônoma e transparente.

Segundo Santos (2011), muitos trabalhos encontrados na literatura com objetivo de avaliar a gestão da AF no Brasil têm se limitado à descrição dos serviços e, em outros, não houve emissão de juízo de valor sobre os resultados encontrados. Alguns trabalhos utilizaram a tríade de avaliação proposta por Donabedian (1980) – estrutura, processo e resultado – e em alguns casos, empregando somente elementos relacionados à estrutura e processo.

Também se encontram estudos que utilizaram os indicadores propostos pela OMS (2007) para avaliação do uso de medicamentos em poucas cidades, sendo restritos a pequenas regiões do País. Entende-se que essa produção em avaliação restringe-se a descrições sobre aspectos estruturais dos serviços relacionados à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, baseada em parâmetros normativos e monitoramento do grau de adequação das instalações e dos procedimentos com este fim (SANTOS 2011).

Dessa forma, infere-se que essas produções pouco contribuem para a avaliação dos serviços farmacêuticos no contexto político, onde esta deve ser entendida como parte integrante da política de saúde e norteadora à formulação de outras políticas setoriais.

Com esse propósito, o modelo de avaliação adotado inclina-se ao campo da governança, pois toma como ponto de partida a discussão levantada por Carlos Matus (1993), baseada em três dimensões, interdependentes entre si, que privilegia tanto categorias normativas e administrativas, como categorias políticas. A capacidade de governar se confere por meio da articulação dinâmica entre essas três dimensões (GRIMARÃES et al. 2004).

Conforme o estudo que apresenta estruturas para avaliar a governança do sistema de saúde, em países em desenvolvimento propostos por Siddiqi et al. (2009), é indicado o uso de princípios semelhantes e de domínios como visão estratégica, participação na tomada de decisões, leis e transparência, prestação de contas, uso de informações, eficácia e eficiência.

O domínio da “ética” não foi possível avaliar a partir do banco de dados da PNAUM, embora a utilização de dados de usuários dos serviços de saúde seja regulado por lei federal.

Dimensões como “capacidade de resposta e equidade” são parcialmente comparáveis com Siddiqi et al. (2009), mas para completar a avaliação destes aspectos deve-se comparar os resultados de PNAUM com os dados socioeconômicos e demográficos em estudos de coorte.

Em um estudo avaliativo utilizando o modelo de Guimarães et al. (2004) identifica-se que esse domínio é melhor avaliado através de métodos qualitativos, como por exemplo grupos focais com os usuários, e que podem ser incorporadas no processo de avaliação da capacidade de gestão da AF com intuito de triangular dados (ROVER et al. 2016).

Em alguns países, como a Inglaterra, muitos dados clínicos e gerenciais são disponíveis para subsidiar pesquisas científicas como apoio a tomada de decisão política gerencial (BLACK, 2013). O Brasil está implementando atualmente alguns bancos de dados integrados para

os serviços de farmácia, resultados clínicos e aquisição, distribuição e administração de medicamentos. No entanto, a autonomia do governo municipal e as enormes diferenças na infraestrutura de informática impede o uso de dados nacionalmente. A utilização de dados de pesquisas, como a presente proposição, é fundamental na situação atual.

É importante destacar que em relação aos indicadores do modelo de avaliação, devido a seus limites e alcances, a construção de indicadores deve ser vista como um exercício permanente, contínuo, o que significa tratar-se de um processo marcado por revisões e ajustes, contextualizados e constantes, sobre a real capacidade de tais indicadores de aferir aquilo a que se propõem e não devem ser vistos como um produto universal e acabado (GUIMARÃES et al. 2004).

Embora a disseminação da utilização de referência de Carlos Matus para a melhoria da governança pública e do ensino na América Latina, Guimarães et al (2004) utilizaram o modelo de avaliação somente no cenário brasileiro, limitando comparações.

Nesse sentido, considerando a estrutura do estado brasileiro, composto por 27 Unidades Federativas e mais de 5.500 municípios, encarregados da formulação de estratégias de saúde, controle e execução das políticas e análise dos planos de saúde e relatórios de gestão, fomentam a necessidade da existência de fortes interações entre os conselhos e os decisores políticos, exigindo a construção de um complexo e inovador processo de tomada de decisão.

Além disso, os Conselhos Municipais são compostos de usuários (50% dos membros), trabalhadores de saúde (25%); e gestores e prestadores de serviços de saúde (25%). A cada quatro anos são realizadas as conferências de saúde, nos três níveis, que envolvem muitos representantes da sociedade civil. Ao mesmo tempo, um enorme setor privado da saúde exerce um forte poder no cenário brasileiro (Victora et al. 2011). Tal histórico evidencia que o contexto brasileiro exige uma abordagem abrangente e complexa de gestão e avaliação do setor público de saúde.

Com isso, entende-se a necessidade, além da adaptação do protocolo de avaliação da AF na APS em esfera nacional, de construção de elementos conceituais e de um modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF pautados nos princípios da governança pública que fundamentaram a adaptação do Novo Protocolo de Avaliação abrindo caminhos para discussão desse tema a nível nacional e permitindo possíveis comparações internacionais, uma vez que os conceitos de governança em saúde já apresentam grandes avanços no contexto mundial.

O novo protocolo mostrou-se viável para avaliar a capacidade de gestão da AF na APS, considerando que, com a construção do banco de dados estruturado a partir da matriz avaliativa e através dos testes estatísticos realizados. O Novo Protocolo viabiliza a emissão do juízo de valor referente às potencialidades e fragilidades de cada região.

Além disso, a partir do processo de convergência entre os dados da PNAUM e o modelo de avaliação de Manzini e Mendes (2015), foi possível eleger algumas variáveis do banco de dados da pesquisa nacional que poderão ser utilizadas como indicadores para avaliação da capacidade de gestão da AF em estudos futuros. Essas variáveis são apresentadas no Quadro 20.

Quadro 20 - Variáveis disponíveis pela PNAUM.

Nº Variável da PNAUM	Questionário	Pergunta/ Indicador
2	FORM INICIAL	Quantidade de profissionais que compõem a equipe da unidade: 2E Farmacêutico
9	OBS	Documentação técnica: 1.Sim 2. Não
17	COORD AF	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para: (diversos itens)
18	OBS	Número médio de pessoas atendidas na Farmácia/ Unidade de dispensação:
18	COORD AF	O município/DF recebeu recursos (do Estado ou União) destinados à estruturação da AF no último ano (reformas, construção, compra de equipamentos, etc)?
19	COORD AF	O município/DF realizou gasto com a estruturação da Assistência Farmacêutica no último ano?
20	DISPENSACÃO	Você é: 1. Farmacêutico (a) 3. Enfermeiro (a) 2. Auxiliar da Farmácia 4. Auxiliar de Enfermagem
20	COORD AF	O(A) Sr(a) sabe informar qual foi o gasto total do município/DF com a Assistência Farmacêutica no último ano?
21	COORD AF	O município/DF aplicou, no último ano, o valor total de contrapartida do Componente Básico da Assistência

		Farmacêutica pactuado?
22	COORD AF	O estado aplicou, no último ano, o valor na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?
23	DISPENSACÃO	Quantas pessoas você atende por dia nesta Farmácia/ Unidade de dispensação considerando suas atividades como um todo (média)?
24	DISPENSACÃO	Quantas pessoas são atendidas no horário de funcionamento da Farmácia/ Unidade de dispensação por dia (em média)?
28	OBS	A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico:
36	COORD AF	O município/DF elabora protocolos de tratamento específicos?
45	DISPENSACÃO	Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento?
53	MÉDICO	O (A) Sr (a) considera importante a participação do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?
55	DISPENSACÃO	O medicamento fracionado entregue ao usuário é identificado com número de lote e prazo de validade?
55	COORD AF	Como é feito o armazenamento dos medicamentos de controle especial?
65	DISPENSACÃO	Existe algum procedimento para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos por medicamentos?
83	COORD AF	O medicamento fracionado é dispensado com o prazo de validade em cada unidade?
87	COORD AF	Remuneração média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:
93	COORD AF	Existe previsão no orçamento municipal de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?
94	COORD AF	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e ou equipe de saúde?
101	COORD AF	São disponibilizadas informações sobre locais de entrega de medicamentos

		padronizados (em sites, cartazes, folderes ou outras formas) para a população?
297	USUÁRIOS	O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (Ler as alternativas)
301	USUÁRIOS	Quanto tempo você espera para retirar remédios nas Farmácias Públicas do SUS? [____][____] minutos
309	USUÁRIOS	O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? (Ler as alternativas)

Fonte: Elaborado pela autora.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto final deste estudo, o “Novo Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF”, foi desenvolvido para ser aplicado em uma amostra nacional composta por 224 municípios selecionados de acordo com os critérios adotados para a utilização dos dados coletados pela PNAUM.

Considerando a complexidade amostral, devido às diferenças entre os municípios e as particularidades distintas de cada região do Brasil, a constituição deste protocolo exigiu adequações dos protocolos de indicadores utilizados como referência, visando avaliar a capacidade de gestão da AF partindo de uma experiência com seis municípios catarinenses para um contingente nacional.

O processo de adaptação para construção do novo protocolo de avaliação teve como condição real, considerada principal limitação, buscar nas variáveis determinadas para a PNAUM os indicadores capazes de avaliar a capacidade de gestão da AF conforme os pressupostos do modelo de referência (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; MANZINI; MENDES, 2015) para utilização de dados de uma pesquisa pública nacional de diagnóstico e monitoramento para promover um processo de avaliação.

Referente aos pontos fortes do protocolo proposto aponta-se:

- ✓ Processo participativo de construção do modelo e do processo de adaptação protocolo para as necessidades atuais nacionais;
- ✓ Uso de dados de todos os atores envolvidos na AF em âmbito municipal (gerentes, farmacêuticos, médicos, outros membros das equipes de saúde e pacientes);
- ✓ Uso de domínios específicos sobre serviços farmacêuticos e medicamentos;
- ✓ Utilização de domínios sobre governança e participação em políticas de saúde;
- ✓ Uso dos princípios da PNS como base para escolha e construção de um protocolo de avaliação;
- ✓ Permite comparações entre diferentes regiões do país e futuras avaliações.

Com relação às limitações identificadas para o protocolo aponta-se:

- ✓ Não foram incorporados indicadores de governança clínica, indicando a necessidade de outra avaliação a partir dos resultados clínicos da AF no setor público e privados no Brasil;

- ✓ Uso de dados quantitativos e qualitativos em análises quantitativas são identificados como importantes para a avaliação completa da política ou programa de saúde.
- ✓ Ausência de estudos de avaliação internacional usando o mesmo referencial teórico.

Pretende-se com esse produto obter resultados que servirão de base para o aperfeiçoamento do modelo pautado na evolução do contexto que envolve a AF e os avanços na gestão dos serviços públicos de saúde.

Todavia, mesmo que revisado e validado o modelo não é estanque, sendo que os indicadores, as medidas e os parâmetros são reflexos do momento atual de discussão da AF, incluindo os aspectos normativos e legais, e das referências teóricas assumidas que fundamentam esse trabalho.

Ainda, considerando os avanços teórico-científicos que vem ocorrendo no contexto mundial, é importante destacar que a avaliação da capacidade de gestão proposta está plenamente ancorada nas premissas da governança em saúde, defendidas por autores utilizados como referências internacionais para a avaliação da governança em saúde.

Neste estudo trabalhou-se no sentido de uma concepção que visa instrumentalizar o Estado no intuito de que este realize seu papel de coordenador e que garanta o desenvolvimento coletivo no que se refere à PNAF.

Entendendo que não é possível constringer a AF às bases conceituais regionais, buscou-se contribuir para que o diálogo entre a gestão e capacidade de gestão da AF, a Ciência Política, a Ciência Farmacêutica e a Administração Pública possam representar o encontro de galerias a que venha ajudar no processo de transformação da realidade proposta pela governança pública em saúde.

Por meio do avanço do diálogo interdisciplinar que envolve a concepção da AF e do avanço da sua prática, ampliam-se as reflexões sobre a relação entre a governança em saúde e sua associação com a capacidade de gestão da AF.

Os pressupostos da governança em saúde, assim como dos modelos de avaliação utilizados como referência, valorizam a participação dos cidadãos no diagnóstico e nas definições de políticas públicas, ou seja, consideram que a capacidade de governar não está restrita ao aparato formal e a estrutura estatal, mas que compreendem mecanismos complexos, processos e instituições através dos quais os

cidadãos e grupos articulam os seus interesses, suas diferenças e exercem seus direitos legais e obrigações.

Estudos avaliativos podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos e das dificuldades visando um melhor desempenho do sistema e, finalmente, a melhores resultados de saúde.

No entanto, assim como os elementos conceituais avançam significativamente, os sistemas de saúde também estão evoluindo e tem-se que responder continuamente às mudanças demográficas e perfil epidemiológico das populações, e nesse sentido a avaliação em saúde tem um papel fundamental. Assim, recomenda-se que a utilização deste modelo por outros atores e em outros contextos seja feita de maneira a não se restringir à aplicação de indicadores, medidas e parâmetros propostos na matriz avaliativa. O processo de adequação da matriz de avaliação, realizado de forma participativa, é de suma importância para que o modelo reflita o contexto onde será aplicado.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Finanças públicas, democracia e accountability. In: ARVATE, P. R.; BIDERMAN, C. (Orgs.). **Economia do Setor Público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2004.

ACURCIO, F. A. et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 1, p. 72-79, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100021>. Acesso em: 21 jan. 2016.

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-46, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

ALBER, J.; KÖHLER, U. **Quality of life in Europe**. Health and Care in an Enlarged Europe. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.

ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, n. 2, p. 243-254, 2011. Disponível em: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627>. Acesso em: 13 jan. 2015.

ALVARES, J. et al. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços: percurso metodológico. **Revista de Saúde Pública**, 2016. No prelo.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, Jan./Fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14934.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 927-37, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400020&lng=en>. Acesso em: 16 abr. 2016.

ARRUDA, M.; CALDEIRA, C. **Como surgiram as constituições brasileiras**. Rio de Janeiro: FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional). Projeto Educação Popular para a Constituinte, 1986.

ATUN, R.; MENABDE, N. Health systems and systems thinking. In: COKER, R.; ATUN, R.; MCKEE, M. (Orgs.). **Health Systems and the Challenge of Communicable Disease**. New York: Open University Press, 2008, p. 121-41. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98393/E91946.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-19, Jul./Dez. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701989000200105>. Acesso em: 05 jan. 2015.

AZEVEDO, A. C. La provisión de servicios de salud em Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 192-9, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n2/p192-199.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

BAMBERGER, M.; RUGH, J.; MABRY, L. **RealWorld Evaluation Second Edition**. Sage Publications, 2012. Disponível em: <<http://usaidprojectstarter.org/sites/default/files/resources/pdfs/Real%20World%20Evaluation.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BANCO MUNDIAL. **Governance and development**. Washington, DC: Oxford University Press, 1992.

_____. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil:** melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Relatório N° 36601-BR. 15 de fevereiro de 2007. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_-_Relatorio_banco_mundial.pdf> Acesso em: 10 out. 2016.

_____. **The International Bank for Reconstruction and Development.** Worldwide Governance Indicators (WGI), 2013. Disponível em: <<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#faq>>. Acesso em: 01 Out. 2013.

BARBOSA, P. R. A gestão da saúde no Brasil: novas responsabilidades e novas práticas. In: GOULART, F. A. de A.; CARVALHO, G. de C. M. **Os médicos e a Saúde no Brasil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 51-68. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap2.htm>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, J. L. **Análise da Gestão Descentralizada da Assistência Farmacêutica:** um estudo em municípios baianos. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, 2007.

_____. **Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica:** um estudo em municípios baianos. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.adm.ufba.br/sites/default/files/publicacao/arquivo/joslene_lacerda_barreto.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-20, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/14.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

BERMUDEZ, J.; ROZENFELD, S.; PORTELA, M. C. **Avaliação do Programa Farmácia Básica - Brasil, 1997/1998**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15. n. 1, p. 73-83, Jan./Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100008>. Acesso em: 15 set. 2016.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BEVIR, M. **Democratic Governance**. New Jersey: Princeton, 2010.

BIANQUIN, A. H. As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. **Revista Sociais e Humanas**. Santa Maria, 2008, n. 0103-0629. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/download/772/531>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P. L. B.; DAIN, S. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. **Série técnica OPAS/MS/UNICAMP**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5573.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

BLACK, N.; TAN, S. Use of national clinical databases for informing and for evaluating health care policies. **Health Policy**, Londres, v. 109, n. 2, p. 131-6, Fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.10.007>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BORGES, A. Governança e Política Educacional: a agenda recente do Banco Mundial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Oxford, v. 18, n. 52, p. 125-217, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n52/18069.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

BOVAIRD, T. Public Governance: balancing stakeholder power in a network society. **International Review Administrative Sciences**, Bristol Business School, University of the West of England, 2005. Disponível em: <<http://ras.sagepub.com/content/71/2/217.full.pdf+html>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BOVAIRD, T.; LÖFFLER, E. Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies. **International Review of Administrative Sciences**, Bristol Business School, University of the West of England, v. 69, n. 3, 2003.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial União**. Brasília, DF, 10 de novembro de 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Capítulo da saúde, art. 199, p. 33. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. Lei nº 6.118, de 9 de outubro de 1974 - Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 10/10/1974, Página 11605 (Publicação Original). Coleção de Leis do Brasil - 1974, v. 7. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6118.htm>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 mar. 2016.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. **Política Nacional da Saúde - Lei N.º 8.080/1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 mar. 2016.

_____. Portaria Nº 2.077, de 17 de Setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de Setembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html>. Acesso em: 10 Apr 2014.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário de funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Brasília DF, 2009. Disponível em: < http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2016.

_____. **Descarte de Medicamentos.** Brasília. 2011. 18 slides. Apresentação em Power-Point. Disponível em: < <http://slideplayer.com.br/slide/2662909/>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BRASIL, CONASS. **Assistência farmacêutica no SUS.** 1.ed. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2016.

_____. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução no 338, de 6 de maio de 2004. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução n. 4, DE 26 DE AGOSTO DE 2015. **Diário Oficial da União,** n.165, sexta-feira, 28 de agosto de 2015. Brasília: Imprensa Oficial, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=98&data=28/08/2015>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **AF na atenção básica:** instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Declaração de Alma Ata. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa

Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países, Declaração do México. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde, 2000.

_____. **Organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros:** disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/000002143>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

_____. **Portal da Saúde.** Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

_____. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 1998.

_____. **SUS: Princípios e conquista.** Brasília: MS, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/338.pdf>. Acesso em: 10 Jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde.** JARAMILLO, Nelly Marin; IVAMA, Adriana Mitsue; BARBANO, Dirceu Brás Aparecido; SANTOS, Manoel Roberto da Cruz; LUIZA, Vera Lucia (Orgs). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:** inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacao/s/pmaq>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de AF e Insumos Estratégicos. **AF na atenção básica:** instruções técnicas para sua organização. 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Gestão é Mais Saúde:** Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/3682621-Mais-gestao-e-mais-saude.html>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 01- 40. Disponível em: <http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **DAI - Divisão de Atos Internacionais.** Brasília: MRE; 1982.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório de Avaliação – Plano Plurianual 2012-2015 – Exercício 2014.** Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/handle/identem/670>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública**. Versão 2. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2666622.PDF>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise financeira de 2008. **Revista de Economia Política**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 133-149, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v29n1/08.pdf>> 37>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Orgs). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

_____. State reform in the 1990s: logic and control mechanisms. In: BURLAMAQUI, L.; CASTRO, A. C.; CHANG, H. J. (Eds). **Institutions and the role of the State**. Cheltenham: Edward Elgar, 2000, p. 175-219.

BRUNS, S. de F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. de. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 745-765, Mai./Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n3/10.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

BULT-SPIERING, M.; DEWULF, G. **Strategic Issues in Public - Private Partnerships: an international perspective**. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

CANADÁ. Minister of Justice. **Canada Health Act**. Local, 1985. Disponível em: <<http://laws.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

CANOISTRINI, S.; MCQUEEN, D.V.; EVANS, L. **Health promotion and surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group**. Glob Health Promot. 2009.

CARLOS, I. C. C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. (Orgs). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 381.

CARVALHO, A. L. B. de et. al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jan. 2016.

CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo** - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2007.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed., v. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO - CLAD. **La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana**. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-45, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. **A AF no SUS**. COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA; COMISSÃO DE AF DO SERVIÇO PÚBLICO DO CRF-PR (Orgs). Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). **Avaliação em saúde: Dos modelos**

conceituais à prática na análise de implantação de programas. 1ª reimpressão ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.

CORNWALL, A.; JEWKES, R. What is participatory research?. **Social Science and Medicine**. Londres, v. 41, p. 1667-76, 1995. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8746866>>. Accessed: 21 June 2016.

COSTA, E. J. da. **Políticas públicas para o desenvolvimento se arranjos produtivos locais em regiões periféricas: um estudo de caso a partir de aglomerações.** 2003. 198 fls. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) - Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015, p.180-198. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W (Orgs). **Qualificação Gestores do SUS.** 2.ed. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011, 415-426.

CUNHA, C. G. S. da. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais:** tendências recentes e experiências no Brasil. Salvador: UFBA, Curso de Especialização em Planejamento do Desenvolvimento e Integração Regional, n.d. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper06.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

CUNHA, Carla da. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais:** tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, 2006.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA, J. R.; M., TONON, L. M. (Orgs). **Cadernos de Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, p. 11-26.

D'AVILA FILHO, P.; JORGE, V. L.; COELHO, A. F. Acesso ao poder. Clientelismo e democracia participativa desconstruindo uma dicotomia. **Revista de Ciências Sociais**, v. 4. n. 2, Jul./Dez. 2004.

DANTÉS, G. O.; SESMA, S.; BECERRIL, V. M.; KANUL FM; ARREOLA H; FRENK J. Sistema de Saúde de México. **Salud Publica de Mexico**. Cuernavaca, v. 53, n. 2, p. 220-232, 2011. Disponível em: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625>. Acesso em: 26 fev. 2016.

DENIS, J.-L. Institucionalização da Avaliação na Administração Pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 10, n. 1, p. 229-333, Nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500020>>. Acesso em: 19 agosto 2016.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: Hartz, Z. M. A. (Org). **Avaliação de Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de Programas**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

DIAS, T.; CARIO, S. A. F. **A Administração Pública e o Papel do Estado na Perspectiva Paraeconômica de Desenvolvimento: limites e possibilidades que anunciam o movimento da governança**. Salvador: ENAPG, 2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2012/2012_EnAPG436.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

_____. Governança Pública: ensaiando uma concepção. **Contabilidade, Gestão e Governança**. Brasília, v. 17, n. 3, p. 89-108, Set./Dez. 2014. Disponível em: <<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/view/621/pdf>>. Acesso em: 10 janeiro 2016.

DODGSON, R.; LEE, K.; DRAGER, N. **Global Health Governance: a conceptual review**. Discussion Paper no. 1. Londres: World Health Organization, Department of Health and Development, Fev. 2002.

Disponível em:
 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68934/1/a85727_eng.pdf>.
 Acesso em: 21 mar. 2016.

DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assessment and monitoring**. Michigan: Heath Administration Press, 1980, p. 3-31.

_____. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. **Medical Care Review**. V. 37, p. 653-98, 1980.

EMMERICK, I. C. M. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. 2006. 89 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5435/2/917.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços farmacêuticos no Brasil: ampliando os resultados de uma metodologia da OMS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Local, v. 14, n. 4, p. 1297-1306, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400036&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 março 2016.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 333-384. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/NovoProtocolos/arquivos/Escorel_2008_I.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

ESHER, A.; SANTOS, E. M. dos; MAGARINOS-TORRES, R.; AZEREDO, T. B. Construindo critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**. Local, v. 17, n. 1, p. 203-214, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 janeiro 2016.

EVANS, P. Predatory, developmental, and other apparatuses: a comparative economy perspective on the third world state. **Sociological Forum**, v.4, n.4. 1989.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444>. Acesso em: 30 janeiro 2016.

FARIAS, M. R. et al. Conhecendo o curso. In: **Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica** – Especialização à distância. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/601/Livro_Modulo_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 abr. 2016.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Recife, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, Jul./Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013>. Acesso em: 16 fev. 2016.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. Condições socioeconômicas e serviços odontológicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.39 no.6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010>. Acesso em: 15 set. 2016.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO. **A saúde no Brasil e na América Latina**. São Paulo: FIA, 2008. Disponível em: <[http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Documentos/FIA%20Report%](http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Documentos/FIA%20Report%202008.pdf)>

20Saude%20LATAM_vers%C3%A3o%20eletronica.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

GAMA, A.M. et al. **O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil**: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Cebes_020529.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

GARCIA, R. C. **Subsídio para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos-humanos/txt_apoio_ronaldo_garcia.pdf>. Acesso em: 21 janeiro 2016.

GERLAK, F. L et al. Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. **Suplementos da Cadernos Saúde Pública**. Brasília, 2016. NO PRELO.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de Saúde Suplementar no contexto de Sistemas Públicos de Saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-51, Out. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>>. Acesso em: 30 setembro 2016.

GOULART, Flávio A de A.; CARVALHO, G. de C. M. (Orgs.). **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GRAHN, J.; AMOS, B.; PLUMPTRE, T. **Governance principles for protected areas in the 21th century**. Canadá: Institute of governance - IOG, 2003. Disponível em: <mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/.../pa_governance2.pdf>. Acesso em: 11 setembro 2011.

GUIMARÃES, M. C. L. **Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: um modelo em construção. Resumo executivo projeto de pesquisa. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, 2007. Disponível

em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000151&pid=S0102-311X201000060001400008&lng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2014.

GUIMARÃES, R. B.; RIBEIRO, E. A. W. Plano Nacional de Saúde e o lugar social em disputa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 609-619, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2013.

HAQUE, M. S. Governance and bureaucracy in Singapore: contemporary reforms and implications. **International Political Science Review**, v. 25, n. 2, 2004.

IBGE. **Estados@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 01 out. 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). A reforma da saúde Norte-Americana. **Saúde Suplementar em Foco**, v. 1, n. 2, p. 1-5, 2010. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/ano1n2.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento**: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2009.

JAMISON, D. T. et al (Eds.). New York: Oxford University Press, 2006, p. 87-102.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, v. 8, n. 3, p. 304–18, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v8n3/v8n3a07.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

KAPLAN, A. D. et al. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries?. **Human Resources for Health**, Montgomery Ave, Bethesda, USA, v. 11, n. 6, 2013. Disponível em: <<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-6>>. Acesso em: 18 set. 2016.

KILSZTAJN, S.; SILVA, D. F.; CÂMARA, M. B.; FERREIRA, V. S. Grau de cobertura dos planos de saúde e distribuição regional do gasto público em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 35-45, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/04.pdf>> 38>. Acesso em: 14 jul. 2016.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, Jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122006000300008>>. Acesso em: 30 setembro 2016.

KOOIMAN, J. Governance. A social-political perspective. In: GROTE, J. R.; GBIKPI, B. (Eds.). **Participatory governance**. Political and societal implications. Opladen: Leske+Budrich 2002, p. 71-96.

KOOIMAN, J. **Governing as Governance**. Londres: Sage, 2003.

LABRA, M. E. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 1041-52, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5494.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. do C. **Gestão da Assistência Farmacêutica**: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da assistência farmacêutica - parte 2. Florianópolis: Editora UFSC, 2011.

LE ROUX, B.; ROUANET, H. **Geometric data analysis: from correspondence analysis to structured data analysis**. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 2004.

LEITE, S. N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal**|A experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LIMA, P. D. B. **A excelência em Gestão Pública: a trajetória e a estratégia do GESPÚBLICA**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

_____. Apresentação. In: **Cadernos GESPÚBLICA: artigos sobre o Prêmio Nacional da Gestão Pública - Ciclo 2006**. Brasília: MP, Ministério do Orçamento e Gestão, 2006.

LÖFFLER, E. Governance: die neue Generation von Staats - und Verwaltungsmodernisierung. Verwaltung + Management, v. 7, n. 4, p. 212-215, 2001. In: KISSLER, L; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-99, Mai./Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000300008>. Acesso em: 24 ago. 2016.

LUCIO, R.; VILLACRÉS, N.; HENRIQUEZ, R. Sistema de salud de Ecuador. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, 2011; v. 53, n. 2, p. 177-187. Disponível em: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002621>. Acesso em: 19 mar. 2016.

MALIK, A. M.; MOTTA, P. R. Gestão & Saúde: Gestão Pública em Saúde. **Cadernos FGV Projetos**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 12-13, 2007.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Center for Pharmaceutical Management. 2003. Access to Essential Medicines: State of Minas Gerais, Brazil, 2001. **Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program**. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Disponível em: <http://projects.msh.org/seam/reports/brazil_final.pdf>. Acesso em: 28 janeiro 2016.

MANZINI, F; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal | A experiência em Santa Catarina** 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

MANZINI, F. **Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão**. 2013. 219 fls. Dissertação (Mestrado em Farmácia). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Farmácia, 2013.

MARAIS, D. L.; PETERSEN, I. Health system governance to support integrated mental health care in South Africa: challenges and opportunities. In: **INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH SYSTEMS (IJMHS)**. Durban, África do Sul, v. 9, n. 14, 2015. Disponível em: <<http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0004-z>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MATIAS-PEREIRA, J. **Governança no setor público**. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, F. J. Função do farmacêutico no apoio à estratégia revista da OMS sobre medicamentos. **Infarma**. Brasília, v. 3, n. 1/6, p. 15-6, 1994.

MATUS, C. **Adiós, Señor Presidente**. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús, 2007. Disponível em: <[http://www.faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adios_Senor_Presidente%20\(1\).pdf](http://www.faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adios_Senor_Presidente%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2016.

_____. **El lider sin Estado Mayor**. La Paz: Altadir, 1997.

_____. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1993.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**11. Rio de Janeiro; Salvador: FIOCRUZ; EDIUFBA, 2005.

MELLO, G. R. **Governança corporativa no setor público federal brasileiro**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense**. 2013. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MIKKELSEN-LOPEZ et al. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. **BMC International Health and Human Rights**. Basel, Switzerland, v. 11, n. 13, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/13>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

MILLS, A.; RASHEED, F.; TOLLMAN, S. **Strengthening Health Systems**. Disease Control Priorities in Developing Countries.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 1964.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.

MOURA, M. C. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde - o modelo canadiano. **J Port Gastreterol**. Local, v. 13, p. 105-110, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MUGISHA, J. et al. Towards understanding governance issues in integration of mental health into primary health care in Uganda James Mugisha. In: SSEBUNNYA, J.; KIGOZI, F. N. **International Journal of Mental Health Systems**. Kampala, Uganda, v. 10, n. 25, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806490/pdf/13033_2016_Article_57.pdf>. Acesso em: 08 out. 2016.

MUTALE, W. et al. Measuring Health System Strengthening: Application of the Balanced Scorecard Approach to Rank the Baseline Performance of Three Rural Districts in Zambia. **PLoS ONE**. Londres, v. 8, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058650>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. Local, v. 39, n. 2, p. 223-30, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200013>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: Questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Fundamentos de avaliação**. v. 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

NEPAF/UFBA. **Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um modelo em construção**. Salvador: Grupo de Pesquisa Gestão da Assistência Farmacêutica (UFBA/CNPq), set. 2007. Mimeografado.

NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: GARCÍA, J. C. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, DF: OPAS, 1985.

OCDE. Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **The challenge of capacity development: working towards good practice**, 2006. Disponível em: <<http://www.gsdrc.org/document-library/the-challenge-of-capacity-development-working-towards-good-practice/>>. Acesso em: 28 set. 2014.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da AF às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, Out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L. et al. Acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Cad. Saúde Pública**. 2016. No prelo.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU-AG, 1948. Disponível em <www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 10 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2000: Sistemas de Saúde: Melhorar o desempenho**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela**. Caracas: OPAS, 2006. Disponível em: <http://www.bvs.gob.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. **Funções Essenciais de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www1.paho.org/english/dpm/shd/hp/EPHF.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). **Working party on aid evaluation**. Glossary of key terms in evaluation and results based management. Paris: Development Co-Operation Directorate/OCDE, 2002. Disponível em: <www.oecd.org/dac/evaluation>. Acesso em: 17 abr. 2013.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde**. Rio de Janeiro; Salvador: Editora FIOCRUZ; EDUFBA, 2005. p. 9-10.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. Bahia, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Essential public health functions**. Public Health in the Americas. Scientific and technical publication. Washington, v. 1, n. 589, 2002. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16929&Itemid=270>. Acesso em: 17 jun. 2016.

_____. **Guidelines for the Development of Pharmaceutical Services in Primary Health Care**. Washington, June 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14678&Itemid=270>. Acesso em: 26 out. 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). **Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action**. Washington, DC: PAHO/WHO, 2002.

_____. **Renewing Primary Health Care in the Americas**. Washington, D.C: OPAS; 2007.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **o&s. Local**, v. 15, n. 46, p. 39-55, Jul./Set. 2008. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B392.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L.S. A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, Jan./Fev., 2001.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A.W.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0009.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

PETERS, B. G. A cybernetic model of governance. In: LEVI-FAUR, D. **Oxford Handbook of Governance**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

PETERS, G.; PIERRE, J. Governance without government? Rethinking public administration. **Journal of Public Administration Research and Theory**. Oxford, v. 8, n. 2, 1998.

PISCO, L. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**. Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004.

PORTELA, L. E. “O problema do SUS é político”. Recife (PE): Portal DSS Nordeste, 01 Maio 2013. Entrevista concedida à Maira Baracho. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/o-problema-do-sus-e-politico/>>. Acesso em: 27 out. 2016.

PRATS I CATALÁ, J. Veinte años de modernización administrativa em los países de la OCDE. Lecciones aprendidas. In: ARGENTINA. **Projeto de Modernizacion del Estado**. Buenos Aires: Seminário Internacional sobre Modernizacion del Estado, 2006.

REIS, C. O. O. **Série Seguridade Social** - A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1376.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

_____. **Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho**. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. Disponível em:

<<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/2/ockereis-2006.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. O lugar da participação popular na gestão de saúde: matrizes conceituais e os rumos da política brasileira. **RA'E GA: o espaço geográfico em análise**. Curitiba, n. 13, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://docs.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/Manual_Spring/Dados_edu/artigo%20RAEGA%20edu%20e%20rau.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVERA, F. J. U. A "démarche" estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. **Cadernos de Saúde Pública**. Local, v. 13, n. 1, p. 73-80, 1997.

ROBERTS, M. J. et al. **Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity**. New York: Oxford University Press, 2004.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde**. Brasília: MS, 1994.

RONDINELLI, D. A. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Ed). **Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance**. New York: Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

ROS, M. A. et al. **Atenção primária em saúde na Venezuela: Misión Barrio Adentro**. Brasil: OPAS/OMS, 2008. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Livro_Ate..%5B1%5D%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

ROVER, M. et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**.

Barcelona: Ed. impresa, v. 30, p. 110-116, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.005>>. Acesso em: 17 out. 2016.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (Org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília: OPAS, 1994, p. 19-44.

SANTOS, R. I. Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95635/308894.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400622&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 jul. 2016.

SANTOS, M. H. de C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós - Constituinte. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS, R. I. dos. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. Tese (Doutorado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, S. C.; GUIMARÃES, M. C. L.; ARAUJO FILHO, V. F. **Governança e Políticas Públicas**: reflexões sobre uma proposta em construção de estrutura de gestão de políticas públicas no âmbito estadual. Salvador: PROGESP, 2006. Disponível em: <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/viewfile/PROGESP/ItemAcervo299?rev=&filename=Governanca_e_Politicas_Publicas.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2009.

SIDDIQI, S. et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. **Health Policy**. Cairo, v. 90, n. 1, p. 13-25, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838188>>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILVA, R. M. da; SENNA, E. T. P.; LIMA Jr., O. F. **Governança Pública: dimensões e atributos de desempenho aplicados à governança de plataformas logísticas**. Revista Alcance, v 21, n.. 1, p. 98-125, 2014. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/32047/governanca-publica--dimensoes-e-atributos-de-desempenho-aplicados-a-governanca-de-plataformas-logisticas/i/pt-br>>. Acesso em: 29 out 2016.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**. Reino Unido, v. 45, n. 12, p. 1829-43, 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9447632>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SOBRINHO, C. L. N. **Municipalização das ações de saúde: a experiência de Santaluz/ Bahia – 1993/1995**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=208617&indexSearch=I>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

SPINELLI, H. The political project and governance capacities. **Salud Colectiva**. Local, v. 8, n. 2, p. 107-130, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n2/en_v8n2a02.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; BRASIL, Ministério da Saúde, 2002.

STOKER, G. Urban political science and the challenge of urban governance. In: PIERRE, J. (Ed.). **Debating governance: authority, steering and democracy**. New York: Oxford University Press, 2000, p. 91-109.

SUAREZ, C.A.R.; AVELLANEDA, H.M.G. **Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud - Colombia**. Colômbia: OPAS, 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=66&CodEspecifico=5491>. Acesso em: 04 abr. 2015.

TAKI, E. C. Políticas públicas de Saúde: uma breve reflexão Pharmacia Brasileira. **Pharmacia Brasileira**. Brasília, p. 20-21. Nov./Dez. 2003 - Jan. 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/04-politicas.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

TEIXEIRA, C. et al. **Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

TENBENSEL, T. Multiple modes of governance: disentangling the alternatives to hierarchies and markets. **Public Management Review**. New Zealand, v. 7, p. 267-288, Abr. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/224294456_Multiple_Modes_of_Governance_Disentangling_the_Alternatives_to_Hierarchies_and_Markets. Acesso em: 18 mar. 2016.

TIMMERS, H. **Government Governance: corporate governance in the public sector, why and how?**. The Netherlands, Ministry of Finance 9th fee Public Sector Conference, 2000. Disponível em: <http://www.ecgi.org/codes/documents/public_sector.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

UNITED NATION GENERAL ASSEMBLY. United Nations Millennium Declaration. A/55/L.2. Nova York: UN; 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

UFSC. **Gestão da Assistência Farmacêutica: Educação a Distância**. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica/sobre/>>. Acesso em: 15 out. 2014.

UGÁ, M. A. D. Gastos, acesso e condições de saúde: Tendências nos países da OECD. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Local: v. 47, n. 3, p. 169-197, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6516.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

UNITED NATIONS. General Assembly of The United Nations. **Necessity of ending the economic, commercial and financial embargo imposed by the United States of America against Cuba**. New York: 55th Session, General Assembly Plenary, 9 novembro 2000. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/55/PV.56&Lang=E>. Acesso em: 30 jul. 2016.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 559-613, Jul./Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017>. Acesso em: 20 out. 2016.

VARELA, P. S.; MARTINS, G. A.; CORRAR, L. J. Perfil dos gastos públicos versus perfil econômico-social dos municípios paulistas. **II Encontro de Administração Pública e Governança – EnAPG – Anais**. São Paulo: EnAPG, 22 a 24 de novembro de 2006. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235216392005>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

VÁSQUEZ, M. L. et al. Los procesos de reforma y la participación social em salud em América Latina. **Gaceta Sanitária**, v. 16, n. 1, fev. 2002.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovação nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **THE LANCET**. London, v. 377, n. 9782 p. 90-102, Mai. 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)>. Acesso em: 18 mar. 2016.

VUORI, H. Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. **Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde: aspectos**

metodológicos. Rio de Janeiro: OPAS - Escola Nacional de Saúde Pública, 1988, p. 17-24.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p.635-667.

WOLF, M.; FOUBISTER, T.; BUSSE, R. Access to health care in the EU Member States. **Euro Observer**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-3, 2004.

WOLFFENBÜTTEL, A. **Índice de Gini**. Brasília: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 10 mai. 2016.

WORLD BANK. Governance and management. In: INDEPENDENT EVALUATION GROUP - WORLD BANK. **Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs**: Indicative Principles and Standards. Washington, D.C.: IEG -World Bank, 2007, p. 71-82. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/EXTGLOREGPARGPROG/Resources/sourcebook.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

_____. **Indicators by country**. Washington, D.C: World Bank, 2012. Disponível em: <http://www.worldbank.org/WORLD_HEALTH_ORGANIZATION>. Acesso em: 13 fev. 2016.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Resolution EB109.R17**. WHO medicines strategy. Expanding access to essential drugs. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5512.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.

_____. **Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action.** Geneva: WHO, 2007, p. 1-56.

_____. **How to investigate drug use in health service facilities.** Geneva: WHO, 1993. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2289e/s2289e.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Measuring transparency in the public pharmaceutical sector: Assessment Instrument.** Geneva: WHO, 2009.

_____. **Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.** Geneva: WHO, 2010.

_____. **WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.** Sixty-Third World Health Assembly. Geneva: WHO, 2010.

_____. **World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance.** Geneva: WHO, 2000.

ANEXOS

ANEXO A – Portaria Nº 2.077, de 17 de Setembro de 2012



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.077, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012

Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil;

Considerando os objetivos estratégicos nºs. 11 e 12 estabelecidos no documento "Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS/2011)", do Ministério da Saúde, quais sejam: "Garantir a AF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" e "Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e a AF no âmbito do SUS"; e

Considerando a necessidade de avaliar as políticas públicas de AF, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM).

Art. 2º A PNAUM terá os seguintes objetivos:

I - avaliar a utilização de medicamentos, com a caracterização das morbidades ou condições de saúde para as quais eles são utilizados;

II - avaliar indicadores de acesso aos medicamentos;

III - avaliar indicadores de racionalidade do uso;

IV - caracterizar o uso e o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais, de estilo de vida e de morbidade;

V - avaliar as políticas públicas de AF e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde;

VI - avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para fins de garantia de acesso e uso racional de medicamentos pela população;

VII - avaliar os fatores que interferem na consolidação das políticas públicas de acesso a medicamentos; e

VIII - identificar e discutir a influência das políticas públicas de acesso a medicamentos nos gastos individuais com estes produtos e no combate à iniquidade.

Art. 3º A PNAUM será executada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES).

Art. 4º As atividades realizadas no âmbito da PNAUM serão coordenadas pela SCTIE/MS, por meio de:

I - dois representantes titulares e três suplentes do Departamento de AF e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e

II - dois representantes titulares e dois suplentes do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS).

Parágrafo único. Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 5º À SCTIE/MS compete:

I - estabelecer diretrizes relativas à PNAUM;

II - aprovar e acompanhar o cronograma de execução da PNAUM; e

III - aprovar o projeto de pesquisa e os relatórios parciais e final da PNAUM.

Art. 6º Após a aprovação do relatório final da PNAUM, a SCTIE/MS o submeterá à consideração do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO B – Questionário Coordenador da AF

**PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e
Uso Racional de Medicamentos**

Responsável pela Assistência Farmacêutica (AF) no Município/DF

Data da Entrevista|__|__|__|

Horário do Início da entrevista|__|:|__|

Horário do Fim da entrevista|__|:|__|

I. INFORMAÇÕES GERAIS:

01	Município/DF:
02	Estado:

II. INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

03	Nome:	
04	Sexo:	1 () Feminino 2 () Masculino
05	Qual a sua data de nascimento?	__ __ / __ __ / __ __
06	Escolaridade	1 () Sem escolaridade 2 () Ensino fundamental (1º grau) incompleto 3 () Ensino fundamental (1º grau) completo 4 () Ensino médio (2º grau) incompleto 5 () Ensino médio (2º grau) completo 6 () Superior incompleto 7 () Superior completo. Especificar _____ 8 () Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA) 9 () Mestrado ou doutorado

III. VÍNCULO EMPREGATÍCIO

07	Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha como gestor/responsável da Assistência Farmacêutica (AF) neste município/DF?	__ __ meses
08	Carga horária semanal de trabalho nesta Secretaria Municipal/DF de Saúde:	__ __ horas/semana
09	Qual o seu vínculo com o município/DF	1 () Servidor público concursado 2 () Cargo comissionado 3 () Servidor cedido de outra instituição 4 () Outros. Especificar _____
10	O(A) Sr(a) tem outros vínculos de trabalho neste município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não.

IV- ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre a organização da assistência farmacêutica no seu município/DF).

11	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
12	A AF consta do Plano Municipal/DF de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
13	1. A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 1A. <input type="checkbox"/> totalmente. 1B. <input type="checkbox"/> parcialmente. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
14	Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 17 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 17

15	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Assinalar uma opção para cada item </div>			Sim	Não	Não sei	
			15A	Aquisição				
			15B	Controle /execução financeira				
			15C	Recebimento/aceite nota				
			15D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade, etc.)				
			15E	Distribuição				
			15F	Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação				
			15G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.);				
			15H	Prontuário do paciente;				
	15I	Outros						
16	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei						
17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Assinalar uma opção para cada item </div>			Sim	Não	Não sei	
			17A	Seleção dos medicamentos				
			17B	Programação				
			17C	Aquisição				
			17D	Recebimento				
			17E	Armazenamento				
			17F	Armazenamento de medicamentos de controle especial				
			17G	Armazenamento de produtos sensíveis à temperatura				
			17H	Distribuição				
			17I	Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação				
			17J	Descarte - sobras				
			17L	Devolução de medicamentos				
			17M	Doações de medicamentos				
			17N	Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários				
				17O	Não temos nenhum POP			

V- FINANCIAMENTO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre questões relacionadas ao financiamento da assistência farmacêutica no seu município/DF

18	O município/DF recebeu recursos (do Estado ou União) destinados à estruturação da AF no último ano (reformas, construção, compra de equipamentos, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
19	O município/DF realizou gasto com a estruturação da Assistência Farmacêutica no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar R\$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
20	O(A) Sr(a) sabe informar qual foi o gasto total do município/DF com a Assistência Farmacêutica no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar R\$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
21	O município/DF aplicou, no último ano, o valor total de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
22	O estado aplicou, no último ano, o valor na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei

23	Os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são suficientes para atender à demanda do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
----	--	--

VI. PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO\DF

24	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Em fase de implantação. 3. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 27 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 27
25	A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
26	Com qual periodicidade a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reúne?	1. <input type="checkbox"/> Semanal 2. <input type="checkbox"/> Mensal 3. <input type="checkbox"/> Bimestral 4. <input type="checkbox"/> Semestral 5. <input type="checkbox"/> Anual 6. <input type="checkbox"/> Sem periodicidade definida 99. <input type="checkbox"/> Não sei
27	Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 33 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 33
28	Qual a frequência de atualização da lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> mensal 2. <input type="checkbox"/> trimestral 3. <input type="checkbox"/> semestral 4. <input type="checkbox"/> anual 5. <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
29	Quando foi realizada a última atualização da lista padronizada do município/DF?	1. ____/____ (mês/ano) 99. <input type="checkbox"/> Não sei
30	O(A) Sr(a) participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
31	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Parcialmente 3. <input type="checkbox"/> Não atende 99. <input type="checkbox"/> Não sei
32	Existem critérios para o município/DF fornecer algum medicamento não inserido na lista padronizada?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
33	Quando o(a) Sr(a) recebe solicitações de usuários (individual ou grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, qual encaminhamento é dado?	1. <input type="checkbox"/> Encaminha para o gestor municipal (secretário); 2. <input type="checkbox"/> Encaminha para a CFT 3. <input type="checkbox"/> Encaminha para o serviço social; 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 5. <input type="checkbox"/> Não dá nenhum encaminhamento 6. <input type="checkbox"/> Nunca recebi nenhuma solicitação 99. <input type="checkbox"/> Não sei
34	Os profissionais de saúde reivindicam mudanças na lista padronizada de medicamentos do Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sempre. 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente. 3. <input type="checkbox"/> Às vezes. 4. <input type="checkbox"/> Raramente. 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
35	O Município/DF tem formulário terapêutico?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

36	O município/DF elabora protocolos de tratamento específicos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
37	Quais as formas de fornecimento de medicamentos não padronizados?	1. <input type="checkbox"/> Setor específico de medicamentos especiais 2. <input type="checkbox"/> Solicitação administrativa 3. <input type="checkbox"/> Mediante parecer técnico 4. <input type="checkbox"/> Pedido pelo serviço social 5. <input type="checkbox"/> O município não fornece medicamentos não padronizados 99. <input type="checkbox"/> Não sei

VII. AQUISIÇÃO

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre aquisição dos medicamentos no seu município/DF).

38	Existe uma comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para a aquisição de medicamentos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
39	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? <div>Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Farmacêutico. 2. <input type="checkbox"/> Outro profissional. Especificar _____ 3. <input type="checkbox"/> CFT. 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
40	O município/DF faz compras de medicamentos em parceria? <div>Assinalar uma opção para cada item</div>			Sim	Não	Não sei
		40A	Com outros municípios			
		40B	Com consórcio de municípios			
		40C	Com outras instituições			
		40D	Com o Estado			
41	O município/DF compra medicamentos em farmácias/drogarias locais?	1. <input type="checkbox"/> Sempre. 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes. 4. <input type="checkbox"/> Raramente. 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
42	O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Como? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
43	O município/DF adquiriu algum medicamento para atendimento a demandas judiciais, no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 47 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 47				
44	Os medicamentos demandados judicialmente pertencem prioritariamente a qual Componente da AF?	1. <input type="checkbox"/> Básico 2. <input type="checkbox"/> Estratégico 3. <input type="checkbox"/> Especializado 4. <input type="checkbox"/> Medicamentos não padronizados 5. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
45	A Secretaria Municipal/DF de Saúde conta com assessoria jurídica para responder às demandas judiciais?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
46	Qual foi o valor total gasto para garantir o atendimento a demandas judiciais por medicamento, no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Valor gasto: R\$ _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei				

47	Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? Pode assinalar mais de uma opção	1. <input type="checkbox"/> Desorganização do setor de compras; 2. <input type="checkbox"/> Falhas na programação do município/DF; 3. <input type="checkbox"/> Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado; 4. <input type="checkbox"/> Problemas no mercado farmacêutico; 5. <input type="checkbox"/> Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS; 6. <input type="checkbox"/> Recursos financeiros insuficientes; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 8. <input type="checkbox"/> Não houve desabastecimento no último ano 99. <input type="checkbox"/> Não sei
48	O que é feito quando falta medicamento no estoque da Secretaria Municipal/DF de Saúde? Pode assinalar mais de uma opção	1. <input type="checkbox"/> Nova aquisição; 2. <input type="checkbox"/> Ajuste na programação; 3. <input type="checkbox"/> Aguarda a nova remessa; 4. <input type="checkbox"/> Adquire em Farmácia/drogaria privada 5. <input type="checkbox"/> Remaneja entre as Unidades de Saúde; 6. <input type="checkbox"/> Negocia com parceiros externos; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
49	O que é feito quando há excedente de algum medicamento no estoque da Secretaria Municipal/DF de Saúde? Pode assinalar mais de uma opção	1. <input type="checkbox"/> Ajuste na programação; 2. <input type="checkbox"/> Redistribuição entre as Unidades de Saúde; 3. <input type="checkbox"/> Doação; 4. <input type="checkbox"/> Negocia a troca com o fornecedor em função do curto prazo de validade; 5. <input type="checkbox"/> Negocia a troca com parceiros externos; 6. <input type="checkbox"/> Perde-se o que sobrou; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 8. <input type="checkbox"/> Não sobra medicamentos; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
50	Há registro dos medicamentos vencidos e/ou perdidos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
51	Qual a porcentagem média de medicamentos vencidos em relação ao total de aquisições?	1. <input type="checkbox"/> 0% 2. <input type="checkbox"/> 1 a 5% 3. <input type="checkbox"/> 6 a 10% 4. <input type="checkbox"/> 11 a 20% 5. <input type="checkbox"/> 20 a 30% 6. <input type="checkbox"/> Acima de 30%. 99. <input type="checkbox"/> Não sei

VIII. ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre armazenamento e distribuição dos medicamentos no seu município/DF).

52	Qual o local destinado ao armazenamento de medicamentos do Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> CAF 2. <input type="checkbox"/> Farmácias regionais 3. <input type="checkbox"/> Farmácias Básicas de atendimento 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
53	As condições de armazenamento dos medicamentos são monitoradas? <div>Assinalar uma opção para cada item</div>			Sim	Não	Não sei
		92A	Temperatura			
		92B	Umidade			
		92C	Limpeza			
		92D	Proteção contra insetos e roedores			
54	Existe um controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				

55	Como é feito o armazenamento dos medicamentos de controle especial?	1. <input type="checkbox"/> Em sala separada 2. <input type="checkbox"/> Em armário com chave 3. <input type="checkbox"/> Em prateleiras, com os demais medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
56	Existe um espaço específico para o armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Como é feito o armazenamento? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
57	Existe controle da validade dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
58	O inventário (balanço) dos medicamentos armazenados é feito:	1. <input type="checkbox"/> Semanalmente 2. <input type="checkbox"/> Quinzenalmente 3. <input type="checkbox"/> Mensalmente 4. <input type="checkbox"/> Trimestralmente 5. <input type="checkbox"/> Semestralmente 6. <input type="checkbox"/> Anualmente 7. <input type="checkbox"/> Não é feito 99. <input type="checkbox"/> Não sei
59	Existem problemas no transporte de medicamentos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 1A <input type="checkbox"/> Veículos insuficientes 1B <input type="checkbox"/> Veículos inadequados 1C <input type="checkbox"/> Veículos insuficientes e inadequados 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
60	Existe no município/DF um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que inclua os medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
61	Existe no município/DF um serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, ou seja, de embalagens, sobras, medicamentos impróprios para o consumo?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
62	Existe um local específico para a deposição de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos vencidos/fora da conformidade) até que sejam recolhidos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

IX. ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

63	Número de Farmácias públicas (do SUS) no Município/DF:	_ _ _ unidades
64	Número de UBS que fornecem medicamentos aos usuários:	_ _ _ unidades 99. <input type="checkbox"/> Não sei
65	Número de Centros especializados de Saúde que fornecem medicamentos:	_ _ _ unidades 99. <input type="checkbox"/> Não sei
66	O farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico aos usuários do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 68 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 68
67	Em quais locais é realizado o seguimento farmacoterapêutico? <div>Pode marcar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> UBS 2. <input type="checkbox"/> Farmácia pública municipal/DF 3. <input type="checkbox"/> Centro especializado 4. <input type="checkbox"/> CAPS 5. <input type="checkbox"/> CAF 6. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99 <input type="checkbox"/> Não sei 88 <input type="checkbox"/> NA

68	<p>Os medicamentos do Componente Básico são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
69	<p>Os medicamentos constantes na Portaria 344/98 são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
70	<p>Os medicamentos do Componente Especializado são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> Não são disponibilizados no município/DF 99. <input type="checkbox"/> Não sei
71	<p>Dentre os medicamentos/insumos contemplados pelo Componente Estratégico, quais são disponibilizados por este Município\DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Tuberculose 2. <input type="checkbox"/> Hanseníase 3. <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 4. <input type="checkbox"/> Alimentação e Nutrição 5. <input type="checkbox"/> Tabagismo 6. <input type="checkbox"/> Influenza 7. <input type="checkbox"/> Cólera 8. <input type="checkbox"/> Sangue e Hemoderivados 9. <input type="checkbox"/> Malária 10. <input type="checkbox"/> Leshimaniose 11. <input type="checkbox"/> Esquistossomose 12. <input type="checkbox"/> Doença de Chagas 13. <input type="checkbox"/> Outras Endemias Focais – Febre Maculosa, Meningite, Filariose, Raiva, etc. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
72	<p>Os medicamentos constantes no Programa da tuberculose são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
73	<p>Os medicamentos constantes no Programa do HIV/DST são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Pode marcar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei

74	Os medicamentos constantes no programa de malária são disponibilizados em que locais no município/DF?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pode marcar mais de uma opção</div> 1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
75	Os medicamentos constantes no programa do hanseníase são disponibilizados em que locais no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
76	A Farmácia municipal ou Unidade de Saúde fornece plantas medicinais e/ou chás?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos locais? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

X. DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

77	Existe entrega de medicamentos para usuários na Central de abastecimento farmacêutico (CAF)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. =>Passe para 81 99. <input type="checkbox"/> Não sei =>Passe para 81
78	Quem faz a entrega de medicamentos aos usuários na CAF?	1. <input type="checkbox"/> Farmacêutico 2. <input type="checkbox"/> Outro Profissional. Formação? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
79	Como é registrada a entrega de medicamentos aos usuários, no Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Manualmente 2. <input type="checkbox"/> Sistema informatizado. Especificar _____ 3. <input type="checkbox"/> Não há sistema de registro 99. <input type="checkbox"/> Não sei
80	No momento da entrega do medicamento, o profissional fornece algum tipo de orientação ao usuário?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
81	Ocorre fracionamento de medicamentos na CAF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. =>Passe para 84 9. <input type="checkbox"/> Não sei =>Passe para 84
82	O medicamento fracionado é dispensado com o número de lote em cada unidade fracionada?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ 9. <input type="checkbox"/> Não sei
83	O medicamento fracionado é dispensado com o prazo de validade em cada unidade?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ 9. <input type="checkbox"/> Não sei

XI. TRABALHADORES ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

84	Número de farmacêuticos do município/DF:	I _ I _ I _ I
85	Qual o vínculo dos profissionais com o município/DF?	1. _____ Concursados 2. _____ Contratados 3. _____ Contrato por outra instituição 4. _____ Outros. especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
	Registrar o número de farmacêuticos correspondente a cada vínculo	

86	Carga horária média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. <input type="checkbox"/> 40hs 2. <input type="checkbox"/> 30hs 3. <input type="checkbox"/> 20hs 4. <input type="checkbox"/> 10hs 5. <input type="checkbox"/> menos de 10hs 99. <input type="checkbox"/> Não sei
87	Remuneração média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. <input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00 2. <input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.001,00 e R\$3.000,00 3. <input type="checkbox"/> Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00 4. <input type="checkbox"/> Mais de R\$ 6.000,00 99. <input type="checkbox"/> Não sei
88	Número de outros profissionais na AF:	1. _____ Técnicos de enfermagem 2. _____ Administrativos 3. _____ Outros. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
89	Há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) atuando no Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
90	Existe no Município/DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 94 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 94
91	Com que frequência ocorre(m) esta(s) capacitação(ões)?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
92	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? <div>Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Profissionais auxiliares (atendentes); 2. <input type="checkbox"/> Farmacêuticos; 3. <input type="checkbox"/> Prescritores; 4. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
93	Existe previsão no orçamento municipal de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
94	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e ou equipe de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
95	Existem mecanismos no Município/DF para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da saúde sobre a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(s)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

XII. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

96	Existem mecanismos no Município\DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
97	O(a) Sr(a) ou outro farmacêutico da gestão municipal participa do Conselho Municipal de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
98	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca => Passe para 100 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 100
99	A Prestação de contas dos gastos com a AF é feita no Conselho Municipal de Saúde do Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

100	O(A) Sr (Sra) participa do planejamento das ações de saúde das diferentes áreas técnicas?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
-----	---	---

XIII. INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS

101	São disponibilizadas informações sobre locais de entrega de medicamentos padronizados (em sites, cartazes, folderes ou outras formas) para a população?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
102	Existe algum mecanismo para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 105 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 105
103	Como é realizado o registro de queixa técnica e/ou evento adverso?	1. <input type="checkbox"/> Formulário impresso próprio 2. <input type="checkbox"/> Sítio eletrônico ou software próprio 3. <input type="checkbox"/> Software do Estado 4. <input type="checkbox"/> Formulário Anvisa 5. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
104	Qual é o encaminhamento dado às queixas e/ou notificações de eventos adversos dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum 2. <input type="checkbox"/> Encaminha para a CFT 3. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Comissão de Farmacovigilância 4. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Anvisa 5. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Vigilância Sanitária estadual 6. <input type="checkbox"/> Encaminha para outro setor. Qual? _____ 7. <input type="checkbox"/> Não recebemos notificações de eventos adversos 99. <input type="checkbox"/> Não sei

XIV. DISPOSIÇÕES FINAIS

105	Qual o seu entendimento sobre AF?	_____
106	O Sr.(a) considera a organização da AF do Município\DF:	1. <input type="checkbox"/> Ótima. Porquê? _____ 2. <input type="checkbox"/> Boa. Porquê? _____ 3. <input type="checkbox"/> Regular. Porquê? _____ 4. <input type="checkbox"/> Ruim. Porquê? _____ 5. <input type="checkbox"/> Péssima. Porquê? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
107	O Sr.(a) gostaria de fazer algum comentário sobre a pesquisa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____

ANEXO C – Questionário Dispensador

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a CP2 é filiada.

Data da entrevista | | / | | / | | | | | |

Horário do INÍCIO da entrevista |__-__|:|__|

1. Informações Gerais da Farmácia/ Unidade de dispensação

- 1.** CNES - Número do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde [][][][][][][]
- 2.** Município: _____ [][][]
- 3.** Nome da Unidade Básica de Saúde
_____ [][][]
- 4.** Endereço: _____
- 5.** Estado: _____ [][][]
- 6.** CEP: [][][][][][]-[][][][][]
- 7.** Telefone: _____

2. Informações do Entrevistado

8. Nome do responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação: _____
9. Sexo:
1. Feminino 2. Masculino [][]
10. Qual a sua data de nascimento?
- [][][] / [][][] / [][][][][]
11. Qual sua cor ou raça?
1. Branca 4. Parda
2. Preta 5. Indígena
3. Amarela []
12. Qual seu estado civil?
1. Solteiro (a) 4. Divorciado (a)/ Separado judicialmente
2. Casado (a) 5. Viúvo
3. União estável []
13. Qual o nível de escolaridade?
1. Sem escolaridade (Vá p/ 11)
2. Ensino fundamental (1o grau) incompleto (Vá p/ 11)
3. Ensino fundamental (1o grau) completo (Vá p/ 11)
4. Ensino médio (2o grau) incompleto (Vá p/ 11)
5. Ensino médio (2o grau) completo (Vá p/ 11)
6. Superior incompleto (Vá p/ 11)
7. Superior completo
8. Pós-graduação lato sensu (Vá p/ 11)
9. Mestrado ou doutorado (Vá p/ 11) []

- 13A.** Em relação ao nível superior, especifique o nome do curso: _____ []

3. Vínculo Empregatício

14. Há quanto tempo trabalha na atividade de dispensação /entrega de medicamentos nesta Farmácia/ Unidade de dispensação?
[] [] anos e [] [] meses
15. Carga horária/semanal de trabalho nesta Unidade de Saúde: **(Caso seja inferior a 10 horas, registrar o número precedido de 0: Ex 08 horas/semana).**
[] [] horas/semana
16. Carga horária/semanal de trabalho na Farmácia/ Unidade de dispensação.
[] [] horas/semana
17. Qual o seu vínculo com o município?
1. Servidor público concursado
 2. Servidor estadual/federal cedido
 3. Contrato
 4. Terceirizado
 5. Cargo comissionado
- Outro. Especifique _____ []
18. O (A) Sr (a) tem outros vínculos de trabalho?
1. Sim
 2. Não **(Vá p/ 19)** []
- 18A. Especifique os outros vínculos de trabalho?
_____ [] []
- 18B. Especifique os outros vínculos de trabalho?
_____ [] []
- 18C. Especifique os outros vínculos de trabalho?
_____ [] []
- 18D. Especifique os outros vínculos de trabalho?
_____ [] []
- 18E. Especifique os outros vínculos de trabalho?
_____ [] []
999. NA.
19. Você é o responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação?
1. Sim
 2. Não []
20. Você é:
1. Farmacêutico (a)
 2. Auxiliar da Farmácia
 3. Enfermeiro (a)
 4. Auxiliar de Enfermagem
- Outro. Especificar: _____ [] []

- 21. Com relação aos profissionais que trabalham nesta Farmácia/ Unidade de dispensação, especifique a quantidade e carga horária: (Assinalar uma opção para cada item)**

	Profissional	Nº total	Carga horária semanal total (horas)
A	Farmacêuticos	[] []	[] []
B	Outros profissionais com curso superior	[] []	[] []
C	Atendente de Farmácia/ Unidade de dispensação	[] []	[] []
D	Outro: _____	[] []	[] []
E	Outro: _____	[] []	[] []
F	Outro: _____	[] []	[] []
G	Outro: _____	[] []	[] []
H	Outro: _____	[] []	[] []

22. Quais funções você desempenha nesta Farmácia...: **(Assinalar uma opção para cada item)**

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Dispensação/entrega de medicamentos aos usuários	[] []
B	"Responsabilidade técnica" (sujeita a sanções de natureza cível, penal e administrativa) pela Farmácia/ Unidade de dispensação.	[] []
C	Supervisão dos outros funcionários da Farmácia/ Unidade de dispensação	[] []
D	Realiza atividades com a equipe de saúde da unidade	[] []
E	Realiza atividades com equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	[] []
F	Responsável pela sala de vacinas	[] []
G	Responsável pelo setor de Curativos	[] []
H	Realiza pré-consulta	[] []
I	Realiza Visita domiciliar	[] []
J	Coordenação de Grupos Operativos (Ex: reunião com pacientes hipertensos, diabéticos)	[] []
K	Outro(a)	[] []
L	Outro(a)	[] []
M	Outro(a)	[] []
N	Outro(a)	[] []
O	Outro(a)	[] []

4. Gestão da Assistência Farmacêutica

23. Quantas pessoas você atende por dia nesta Farmácia/ Unidade de dispensação considerando suas atividades como um todo **(em média)**?

[] []
99. Não Sei

24. Quantas pessoas são atendidas no horário de funcionamento da Farmácia/ Unidade de dispensação por dia **(em média)**?

[] []
99. Não Sei

25. Qual o número de medicamentos por receita **(em média)**?

1. Um 4. Quatro
2. Dois 5. Cinco ou mais
3. Três 99. Não Sei

[] []

26. Quais os tipos de medicamentos são dispensados nesta Farmácia/ Unidade de dispensação? **(Assinalar uma opção para cada item)**

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Componente básico	[] []
B	Portaria 344 (Controlados)	[] []
C	Componente especializado	[] []
D	Componente estratégico	[] []
E	Fitoterápicos	[] []
F	Atendimento de demanda judicial	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []

27. Nos últimos 2 anos, você participou de algum tipo de curso e/ ou capacitação para profissionais da Assistência Farmacêutica no município?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 29) 99. Não Sei (Vá p/ 29) [] []

28. Especifique qual curso e/ou capacitação que participou nos últimos 2 anos

_____ [] []
999. NA.

29. Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 31) 99. Não Sei (Vá p/ 31) [] []

29A. Especifique o sistema informatizado:

_____ [] []
999. NA.

30. Este sistema informatizado está ligado em rede com as Unidades de Saúde?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

31. Quais fontes o (a) Sr (a) utiliza para obter informações sobre os medicamentos? **(Assinalar uma opção para cada item)**

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Livros, artigos científicos.	[] []
B	Formulário terapêutico	[] []
C	Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, linhas guia.	[] []
D	Centros de Informação sobre medicamentos	[] []
E	Sistema Informatizado	[] []
F	Bula de medicamentos	[] []
G	Colegas de trabalho	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []
L	Outro: _____	[] []

32. Existe norma que regula a entrada de: representantes de laboratórios; distribuidoras de medicamentos; material de propaganda de medicamentos na rede pública de saúde do município?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

33. Nesta unidade de saúde ocorre a distribuição de amostras grátis de medicamentos?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 34) 99. Não Sei (Vá p/ 34) [] []

33A. Se sim, onde?

_____ [] []
999. NA.

34. De quais atividades o farmacêutico participa nesta Unidade de Saúde ou Farmácia/ Unidade de dispensação? (Assinalar uma opção por cada item)

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Programação de medicamentos	[] []
B	Controle de estoque	[] []
C	Organização das prateleiras	[] []
D	Dispensação (entrega) de medicamentos	[] []
E	Outra: _____	[] []
F	Outra: _____	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []

5. Seleção

35. Existe no Município uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 40) 99. Não Sei (Vá p/ 40) [] []

36. A lista padronizada de medicamentos é disponibilizada na Unidade de Saúde para consulta pelos profissionais?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 40) 99. Não Sei (Vá p/ 40) [] []

37. O (A) Sr (a) conhece os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão/exclusão de medicamento na lista deste município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

38. O(A) Sr(a) já reivindicou ou sugeriu a inclusão e/ou a exclusão de medicamentos da lista padronizada pelo Município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

39. Em sua opinião, a lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda por medicamentos deste Município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

6. Programação

40. Esta Farmácia/ Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 43) 99. Não Sei (Vá p/ 43) [] []

41. Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde?

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA.

A	Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde	[] []
B	Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde	[] []
C	Controle de estoque da Unidade de Saúde	[] []
D	Consumo histórico da Unidade de Saúde	[] []
E	Outras: _____	[] []
F	Outras: _____	[] []
G	Outras: _____	[] []
H	Outras: _____	[] []
I	Outras: _____	[] []

42. Com qual periodicidade é realizada a programação de medicamentos?

1. Semanal 4.Bimestral
2. Quinzenal 5. Trimestral
3. Mensal

Outra. Especificar: _____ [] []
99. Não Sei 999. NA.

7. ABASTECIMENTO

43. Nos últimos três meses, houve falta de medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde?

1 Sempre 4 Raramente
2 Repetidamente 5 Nunca. (Vá p/ 46)
3 Às vezes 98.Não Sei (Vá p/ 46) [] []

44. Em sua opinião, qual (is) o(s) motivo(s) da falta de medicamento?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Programação inadequada	[] []
B	Desorganização do setor de compras	[] []
C	Falta de medicamentos no mercado farmacêutico (atrasos de entrega, por exemplo)	[] []
D	Atraso na distribuição de medicamentos por outras instâncias do SUS	[] []
E	Problemas de logística do município	[] []
F	Orçamento	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []
J	Outra: _____	[] []
K	Outra: _____	[] []

45. Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Informa que não tem o medicamento	[] []
B	Busca informação sobre disponibilidade em outra Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde	[] []
C	Orienta o usuário a procurar o Programa Farmácia Popular ou o Aqui Tem Farmácia Popular	[] []
D	Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar	[] []
E	Outra: _____	[] []
F	Outra: _____	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []

46. Nos últimos 3 meses, ocorreu sobra de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde?

1 Sempre 4 Raramente
2 Repetidamente 5 Nunca. (Vá p/ 48)
3 Às vezes 98. Não Sei (Vá p/ 48)

47. O que é feito quando sobra medicamento na Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Ajuste da programação	[] []
B	Redistribuição entre unidades de saúde do município	[] []
C	Devolução para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF)/ almoxarifado	[] []
D	Remanejamento/troca com outro município	[] []
E	Outras: _____	[] []
F	Outras: _____	[] []
G	Outras: _____	[] []
H	Outras: _____	[] []
I	Outras: _____	[] []

8. Armazenamento

48. Com relação às condições do local de armazenamento de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	As paredes, teto e piso estão limpos e livres de mofo, umidade ou insetos?	[] []
B	Os medicamentos estão armazenados sem contato direto com paredes ou piso?	[] []
C	Possui registro de temperatura/climatização verificado através de termômetro em planilhas/sistema específico, com registro na última semana?	[] []
D	Possui ambiente iluminado (sem incidência de luz solar direta)?	[] []
E	Possui controle de pragas/roedores com apresentação de registro do controle realizado nos últimos 6 meses?	[] []

49. Existe um local específico e adequado para o armazenamento de medicamentos de controle especial (medicamentos com tarjas pretas ou vermelhas, com a descrição de obrigatoriedade retenção de receituário)?

1. Sim, há local específico (armário fechado com chave)
2. Sim, há local específico, porém não é um armário específico, com chave.
3. Não existe local específico
4. Não há medicamentos de controle especial na Farmácia/ Unidade de dispensação/ Unidade de Saúde
99. Não Sei [] []

50. Como são armazenados os medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde?

1. Em geladeiras/ refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura.
2. Em geladeiras/ refrigeradores, porém não são realizados controle e registro de temperatura.
3. Não existe local específico
4. Não há medicamentos termolábeis
99. Não Sei [] []

51. Existe um sistema de controle de estoque (entrada e saída) de medicamentos?

1. Sim, manual (Vá p/ 52)
2. Sim, informatizado.
3. Não (Vá p/ 52)
99. Não Sei (Vá p/ 52) [] []

51A. Se sim, informatizado. Especificar o nome do sistema:

_____ [] []
999. NA.

52. Existe controle da validade dos medicamentos?

1. Sim, manual (Vá p/ 53)
2. Sim, informatizado.
3. Não (Vá p/ 53)
99. Não Sei (Vá p/ 53) [] []

52A. Se sim, informatizado. Especificar o nome do sistema:

_____ [] []
999. NA.

53. O inventário do estoque dos medicamentos armazenados é feito:

1. Semanalmente 5. Trimestralmente
2. Quinzenalmente 6. Semestralmente
3. Mensalmente 7. Anualmente
4. Bimestralmente 8. Não é feito

Outros. Especificar: _____ [] []

54. Há fracionamento de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde

1. Sim
2. Não (Vá p/ 56) 99. Não Sei (Vá p/ 56) [][]

55. O medicamento fracionado entregue ao usuário é identificado com número de lote e prazo de validade?

1. Sim (Vá p/ 56) 99. Não Sei (Vá p/ 56)
2. Não 999. NA [][]

55A. Se não, Por quê?

_____ [][]
999. NA.

56. A Farmácia/ Unidade de dispensação/ Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS)?

1. Sim
2. Não 99. Não Sei [][]

57. Existe na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde um local específico e adequado para o armazenamento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) até que sejam recolhidos da Unidade?

1. Sim. Há local específico em conformidade com as normas vigentes
2. Há local específico, mas não está em conformidade com as normas vigentes.
3. Não há local específico
99. Não Sei [][]

58. Existe um serviço de recolhimento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) na Farmácia/ Unidade de dispensação?

1. Sim
2. Não 99. Não Sei [][]

59. A Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde adota algum procedimento padronizado para o descarte de resíduos de medicamentos? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Enterrado	[][]
B	Incinerado	[][]
C	Descartado em aterro sanitário público	[][]
D	Outro. _____	[][]
E	Outro. _____	[][]
F	Outro. _____	[][]
G	Outro. _____	[][]
H	Outro. _____	[][]

9. Dispensação

60. O tempo de espera para ser atendido na Farmácia/ Unidade de dispensação é maior que 15 minutos?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

61. O (A) Sr(a) sabe onde são disponibilizados os medicamentos no município para:

61A HIV/ AIDS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61B) 99. Não Sei (Vá p/ 61B) [][]

61A1. Se sim, especifique onde:

_____ [][]
999. NA

61B Saúde Mental?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61C) 99. Não Sei (Vá p/ 61C) [][]

61B1. Se sim, especifique onde:

_____ [][]
999. NA

61C Tuberculose?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61D) 99. Não Sei (Vá p/ 61D) [][]

61C1. Se sim, especifique onde:

_____ [][]
999. NA

61D Hanseníase?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61E) 99. Não Sei (Vá p/ 61E) [][]

61D1. Se sim, especifique onde:

_____ [][]
999. NA

61E Hepatite?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 62) 99. Não Sei (Vá p/ 62) [][]

61E1. Se sim, especifique onde:

_____ [][]
999. NA

62. No momento da entrega do medicamento, o (a) Sr (a) fornece informações ao usuário sobre a forma de utilizá-lo?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

63. No momento da entrega do medicamento, o (a) Sr (a) fornece informações ao usuário sobre como armazená-los em casa?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

64. Nesta Unidade de Saúde, quem costuma dar orientações sobre o uso dos medicamentos para os pacientes, quando é necessário?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Médico (a)	[][]
B	Farmacêutico (a)	[][]
C	Auxiliar da farmácia	[][]
D	Enfermeiro (a)	[][]
E	Outro: _____	[][]
F	Outro: _____	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]

65. Existe algum procedimento para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos por medicamentos?

1 Sim 2 Não (Vá p/ 66) [][]

65A. Se sim, especifique:

_____ [][]
999. NA.

66. Qual encaminhamento é dado às queixas técnicas e/ou notificações de eventos adversos a medicamento?

1. Encaminha para CAF
2. Encaminha para a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica
3. Encaminha para a Vigilância Sanitária
4. Nenhum

Outros. Especifique: _____ [][]
99. Não Sei

67. Você já realizou uma notificação de queixa técnica ou evento adverso por medicamentos?

1. Sim 2. Não [][]

68. O (A) Sr (a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico?

1. Sim (Vá p/ 70) 2. Não (Faça a 69 e vá p/77) [][]

69. Por que você não realiza atividades de caráter clínico (acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes consulta farmacêutica)? **(Assinalar uma opção para cada item)**

(FAÇA ESTA QUESTÃO E PULE P/77)
1. Sim 2. Não 999. NA.

A	Não é farmacêutico	[][]
B	Não dispõe de espaço físico	[][]
C	Não tem tempo	[][]
D	Nunca foi solicitada a realização desta atividade	[][]
E	Outro: _____	[][]
F	Outro: _____	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]

70. Você denomina essas atividades de caráter clínico de que maneira?

1. Atenção Farmacêutica
2. Seguimento farmacoterapêutico
3. Farmácia clínica
4. Consulta farmacêutica
5. Orientação farmacêutica
6. Cuidado farmacêutico

Outros. Especificar: _____ [][]
99. Não Sei

71. Essa atividade de caráter clínico é oferecida:

1. A todos os usuários da Unidade de Saúde.
2. Apenas quando é solicitado pelo usuário.
3. Quando o usuário apresenta alguma dificuldade com o uso dos medicamentos
4. A um grupo específico de usuários.

Outros. Especificar: _____ [][]
99. Não Sei 999. NA.

72. Essas atividades de caráter clínico são realizadas em conjunto com outros profissionais? **(Assinalar uma opção para cada item)**

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Médicos	[][]
B	Enfermeiros	[][]
C	Nutricionistas	[][]
D	Dentistas	[][]
E	Outros: _____	[][]
F	Outros: _____	[][]
G	Outros: _____	[][]
H	Outros: _____	[][]
I	Outros: _____	[][]

73. O (A) Sr (a) dispõe de algum local específico para realizar as atividades de caráter clínico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 73B) [][]

73A. Se sim, especifique:

_____ (Vá p/ 74A) [][]
999. NA.

73B. Se não, em qual local você realiza essa atividade?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA.

74. Onde você realiza o registro dessas atividades de natureza clínica? **(Assinalar uma opção para cada item)**

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Prontuário da unidade	[][]
B	Registro próprio arquivado na farmácia	[][]
C	Sistema informatizado	[][]
D	Outro: _____	[][]
E	Outro: _____	[][]
F	Outro: _____	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]

75. O(A) Sr(a) considera essas atividades de caráter clínico:

1. Muito importante
 2. Importante
 3. Nem muito/nem pouco importante
 4. Pouco importante
 5. Muito pouco importante
 99. Não Sei 999. NA. [][]

76. Você já participou de algum tipo de treinamento/capacitação para esse tipo de atividade/ações de caráter clínico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

9. Outras Atividades Realizadas

77. O(A) Sr(a) participa de reuniões da equipe de saúde da Unidade de Saúde?

1. Sempre 3. Às vezes
 2. Repetidamente 4. Raramente
 5. Nunca 99. Não Sei [][]

78. O(A) Sr(a) participa de outras atividades na Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 80) [][]

79. Marque a alternativa referente à sua participação nas atividades descritas a seguir:

1. Sim 2. Não 99. Não Sei

A	Atividades realizadas com outros setores (educação, assistência social, ambiente etc.)	[][]
B	Atividades de mutirão para solução de problemas na comunidade	[][]
C	Atividades de prevenção e controle de obesidade	[][]
D	Atividades voltadas para a preservação da natureza	[][]
E	Atividades para a prevenção e controle de hipertensão e diabetes	[][]
F	Atividades organizativas da comunidade	[][]
G	Atividades de controle ambiental de doenças (ex: combate à dengue)	[][]
H	Atividades de prevenção de câncer de colo de útero	[][]
I	Atividades de prevenção de câncer de próstata	[][]
J	Atividades de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS, HPV, Hepatite, etc.)	[][]
K	Atividades de planejamento familiar	[][]
L	Programas de atividades físicas	[][]

80. A Unidade de Saúde/ Farmácia/ Unidade de dispensação realiza atividades individuais e/ou em grupos sobre o uso de medicamentos?

1. Sim 2. Não 98. Não Sei [][]

81. Qual o seu entendimento sobre Assistência Farmacêutica?

 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA.

82. O (A) Sr (a) considera a organização da Assistência Farmacêutica do Município:

1. Muito Boa 4. Ruim
 2. Boa 5. Muito Ruim
 3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei [][]

83. O (A) Sr (a) gostaria de fazer alguma observação sobre a pesquisa ou incluir mais alguma informação?

1. Sim, qual: _____ [][]
 2. Não

ANEXO D – Questionário Médico

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a CP2 é filiada.

Data da Entrevista: ____ / ____ / 2014

Horário inicial ____:

I. INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE

CNES:

1. Unidade de Saúde

2. Município

3. Estado

4. Endereço:

5. CEP

 -

6. Telefone:

 -

II. INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

7. Nome

8. Sexo
1. Masculino 2. Feminino

9. Data de nascimento: [____]/[____]/[____]

10. Cor ou raça
1. Branca
2. Preta
3. Amarela (japonesa, chinesa, coreana)
4. Parda (morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça)
5. Indígena 99. Não Sei

11. Estado civil
1. Solteiro (a) 4. Divorciado(a)/Separado judicialmente
2. Casado (a) 5. Viúvo (a) 99. Não Sei
3. União estável (amigado, amasiado)

12. Município de residência
1. O mesmo da entrevista
Outro. Especificar:

13. Tempo de formado (a) em Medicina: [____] [____] [____] meses

14. Especialidade (s)

A.

999. NA

B.

999. NA

C.

999. NA

D.

999. NA

E.

999. NA

F.

999. NA

15. Tempo de formado (a) na (s) especialidade (s), respectivamente.

Especialidade A: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

Especialidade B: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

Especialidade C: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

Especialidade D: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

Especialidade E: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

Especialidade F: | ____ | ____ | ____ | meses 999. NA

16. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade?

| ____ | ____ | ____ | meses

17. Carga horária de trabalho semanal na UBS:

| ____ | ____ | horas/ semana

18. Qual o seu vínculo empregatício nesta UBS?

- 1. Servidor público concursado
- 2. Servidor estadual/federal cedido
- 3. Contrato
- 4. Terceirizado
- 5. Cargo comissionado
- 6. Programa Mais Médicos
- 7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

19. O (A) Sr (a) tem outro vínculo de trabalho neste Município?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 20) [] []

19A. Especifique o vínculo:
1. Servidor público concursado
2. Servidor estadual/federal cedido
3. Contrato
4. Terceirizado
5. Cargo comissionado
6. Programa Mais Médicos
7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). [] []
999. NA

20. O (a) Sr (a) tem outro vínculo de trabalho em outro(s) Município(s)?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 21) [] []

20A. Especificar o (s) vínculo (s): (RESPOSTA MULTIPLA)
1. Servidor público concursado
2. Servidor estadual/federal cedido
3. Contrato
4. Terceirizado
5. Cargo comissionado
6. Programa Mais Médicos
7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). [] []
999. NA

III. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

21. Este município adota uma lista padronizada de medicamentos?
1.Sim 2. Não (Vá p/ 29) 99. Não Sei (Vá p/ 29) [] []

22. O (A) Sr (a) conhece a lista padronizada de medicamentos do Município?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 29) 999. NA [] []

23. O (A) Sr (a) tem acesso à lista padronizada de medicamentos em quais destes lugares?
1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

23A	No consultório	[] []
23B	Na Internet	[] []
23C	Na Farmácia	[] []
23D	Na Secretaria Municipal de Saúde	[] []
23E	Outro	[] []
23F	Outro	[] []
23G	Outro	[] []



1. Muito Boa 4. Ruim
2. Boa 5. Muito Ruim
3. Nem ruim / Nem boa 99. Não Sei [][]

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

36A	Recomendo a compra										[] []
36B	Análise a possibilidade de substituição da prescrição										[] []
36C	Encaminhamento para a Farmácia Popular do município (rede própria de farmácias populares do governo)										[] []
36D	Encaminhamento para o “Aqui tem Farmácia Popular” (farmácias ou drogarias da rede privada que possuem parceria com o Ministério da Saúde e fornecem medicamentos a um custo menor ou gratuito)										[] []
36E	Outro										[] []
36F	Outro										[] []
36G	Outro										[] []
36H	Outro										[] []
36I	Outro										[] []

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes

99. Não Sei 999. NA

[illegible]

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca (Vá p/ 42)

99. Não Sei 999. NA

[illegible]

1. Sim 99. Não Sei
2. Não 999. NA

41A	Reações adversas	[] []
41B	Influência de propaganda de medicamentos veiculada na televisão, jornal, panfletos, rádio, etc	[] []
41C	Pessoas conhecidas utilizam o medicamento solicitado	[] []
41D	Acredita que o medicamento prescrito não está fazendo efeito	[] []
41E	Preço do medicamento	[] []
41F	Outro	
		[] []
41G	Outro	
		[] []

999 NA

99. Nãõ Sei (Vá p/ 54)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 90.NA

54L	Outro									[____][____]

[illegible]

[] [] []

Horário Término :

Entrevistado:						
				-		
Endereço:						
Bairro:						
Cidade:						
CEP						
				-		
Telefone Residencial:					-	
Telefone Celular:					-	
Telefone Residencial:					-	

CRÍTICO (A): [][][] CHECADOR(A): [][][]

Checagem: [|] 1. Checagem Pessoal 2. Checagem por telefone 3. Não checado

RELATÓRIO DE CHECAGEM

ANEXO E – Questionário Usuário

23. Outra(s) doença(s) com **MAIS DE SEIS MESES** de duração

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

USO DE REMÉDIOS

Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de Remédios por você.

24. Nos últimos 30 dias você usou algum Remédio?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 285) 99. Não Sei (Vá p/ 285) [][]

Responder as perguntas de 25 a 283 preferencialmente de acordo com as informações obtidas na(s) prescrição (es) médica e na(s) caixa(s) do(s) Remédio(s) que o paciente estiver em uso. Perguntar diretamente ao paciente somente na ausência destas. Mesmo assim, caso não consiga acesso às informações marcar a opção (99) Não sei.

REMÉDIO 1

Qual o nome completo do Remédio, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante?
(copie estas informações preferencialmente da embalagem e receita médica)

25. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

26. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula

2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)

3. Injeção

4. Aerossol ou spray

5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

27. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

28. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [][]

29. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

30. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar [][]

31. Você teve algum problema para conseguir este Remédio na última vez?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 32)

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 32)

3. Sim. Outro problema:

4. Não teve problema (Vá p/ 32)

99. Não Sei (Vá p/ 32) 999. NA(Vá p/ 32) [][]

31A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [][]

B. _____ [][]

C. _____ [][]

D. _____ [][]

E. _____ [][]

999. NA

32. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 34)

99. Não Sei (Vá p/ 34) 999. NA [][]

32A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

33. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

34. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei

2. Regular 999. NA

3. Não funciona bem [][]

35. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 37)

99. Não Sei (Vá p/ 37) 999. NA [][]

36. Qual (is) são os problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999 NA

37. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 2

38. Nome Comercial / Princípio Ativo:
[][]
99. Não Sei 999. NA

39. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

40. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

41. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

42. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

43. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

44. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 45)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 45)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 45)
99. Não Sei (Vá p/ 45) 999. NA [][]

44A. Especifique outro (s) problema (s)
A. [][]
B. [][]
C. [][]
D. [][]
E. [][]
999. NA

45. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 47)
99. Não Sei (Vá p/ 47) 999. NA [][]

45.A Se sim, especifique quantas vezes?
[][]
99. Não Sei 999. NA

46. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
[][]
99. Não Sei 999. NA

47. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?
1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

48. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 50)
99. Não Sei (Vá p/ 50) 999. NA [][]

49. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)
A [][]
B [][]
C [][]
D [][]
E [][]
999. NA

50. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 3

51. Nome Comercial / Princípio Ativo:
[][]
99. Não Sei 999. NA

52. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

53. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

54. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

55. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

- 1. Na consulta com o médico
- 2. Na consulta com o dentista
- 3. Na farmácia
- 4. No rádio/TV/jornal
- 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
- 99. Não Sei 999. NA [][]

56. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

- 1. Na Farmácia do SUS
- 2. Na Farmácia Comercial
- 3. No programa Farmácia Popular
- 4. Na igreja ou sindicato
- 5. Em outro lugar [][]

57. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

- 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 58)
- 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/58)
- 3. Sim. Outro problema:
- 4. Não teve problema (Vá p/ 58)
- 99. Não Sei (Vá p/ 58) 999. NA [][]

57A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. [][]
- B. [][]
- C. [][]
- D. [][]
- E. [][]
- 999. NA

58. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- 1. Sim 2. Não (Vá p/ 60)
- 99. Não Sei (Vá p/ 60) 999. NA [][]

58A Se sim, especifique quantas vezes?

- [][]
- 99. Não Sei 999. NA

59. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- [][]
- 99. Não Sei 999. NA

60. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

- 1. Bem 99. Não Sei
- 2. Regular 999. NA
- 3. Não funciona bem [][]

61. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

- 1. Sim 2. Não (Vá p/ 63)
- 99. Não Sei (Vá p/ 63) 999. NA [][]

62. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A [][]
- B [][]
- C [][]
- D [][]
- E [][]

999 NA

63. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

- 1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
- 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 4

64. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- [][]
- 99. Não Sei 999. NA

65. Forma Farmacêutica:

- 1. Comprimido ou capsula
- 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
- 3. Injeção
- 4. Aerossol ou spray
- 5. Pomada ou creme
- 6. Colírio ou gotas (tópico)
- 99. Não Sei 999. NA [][]

66. Remédio Genérico?

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

67. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

- 1. Menos de um ano 99. Não Sei
- 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

68. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

- 1. Na consulta com o médico
- 2. Na consulta com o dentista
- 3. Na farmácia
- 4. No rádio/TV/jornal
- 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
- 99. Não Sei 999. NA [][]

69. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

- 1. Na Farmácia do SUS
- 2. Na Farmácia Comercial
- 3. No programa Farmácia Popular
- 4. Na igreja ou sindicato
- 5. Em outro lugar [][]

70. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

- 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 71)
- 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 71)
- 3. Sim. Outro problema:
- 4. Não teve problema (Vá p/ 71)
- 99. Não Sei(Vá p/ 71) 999. NA [][]

70A. Especifique outro (s) problema (s)

A.

B.

C.

D.

E.

999. NA

71. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim2. Não (Vá p/ 73)

99. Não Sei (Vá p/ 73)999. NA

71A Se sim, especifique quantas vezes?

99. Não Sei999. NA

72. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

99. Não Sei999. NA

73. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem99. Não Sei

2. Regular999. NA

3. Não funciona bem

74. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim2. Não (Vá p/ 76)

99. Não Sei (Vá p/ 76)999. NA

75. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A.

B.

C.

D.

E.

999 NA

76. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284)999. NA

REMÉDIO 5

77. Nome Comercial / Princípio Ativo:

99. Não Sei999. NA

78. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei999. NA

79. Remédio Genérico?

1.Sim2.Não99.Não Sei999. NA

80. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano99. Não Sei

2. Um ano ou mais999. NA

81. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei999. NA

82. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar

83. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 84)

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 84)

3. Sim. Outro problema:

4. Não teve problema (Vá p/ 84)

99. Não Sei(Vá p/ 84)999. NA

83A. Especifique outro (s) problema (s)

A.

B.

C.

D.

E.

999. NA

84. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim2. Não (Vá p/ 86)

99. Não Sei (Vá p/ 86)999. NA

84A Se sim, especifique quantas vezes?

99. Não Sei999. NA

85. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

99. Não Sei999. NA

86. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem

99. Não Sei

2. Regular

999. NA

3. Não funciona bem

[][]

87. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 89)

99. Não Sei (Vá p/ 89)

999. NA

[][]

88. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A

[][]

B

[][]

C

[][]

D

[][]

E

[][]

999 NA

89. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284)

999. NA

[][]

REMÉDIO 6

90. Nome Comercial / Princípio Ativo:

[][]

99. Não Sei

999. NA

91. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula

2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)

3. Injeção

4. Aerossol ou spray

5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei

999. NA

[][]

92. Remédio Genérico?

1.Sim

2.Não

99.Não Sei

999. NA

[][]

93. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano

99. Não Sei

2. Um ano ou mais

999. NA

[][]

94. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei

999. NA

[][]

95. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar

[][]

96. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 97)

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 97)

3. Sim. Outro problema:

4. Não teve problema (Vá p/ 97)

99. Não Sei(Vá p/ 97)

999. NA

[][]

96A. Especifique outro (s) problema (s)

A.

[][]

B.

[][]

C.

[][]

D.

[][]

E.

[][]

999. NA

97. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 99)

99. Não Sei (Vá p/ 99)

999. NA

[][]

97A Se sim, especifique quantas vezes?

[][]

99. Não Sei

999. NA

98. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

[][]

99. Não Sei

999. NA

99. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem

99. Não Sei

2. Regular

999. NA

3. Não funciona bem

[][]

100. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 102)

99. Não Sei (Vá p/ 102)

999. NA

[][]

101. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A

[][]

B

[][]

C

[][]

D

[][]

E

[][]

999 NA

102. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 7

103. Nome Comercial / Princípio Ativo:
[][]
99. Não Sei 999. NA

104. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

105. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

106. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

107. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

108. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

109. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 109A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

109A. Especifique outro (s) problema (s)
A. [][]
B. [][]
C. [][]
D. [][]
E. [][]
999. NA

110. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 112)
99. Não Sei (Vá p/ 112) 999. NA [][]

110A Se sim, especifique quantas vezes?
[][]
99. Não Sei 999. NA

111. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
[][]
99. Não Sei 999. NA

112. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?
1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

113. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 115)
99. Não Sei (Vá p/ 115) 999. NA [][]

114. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)
A [][]
B [][]
C [][]
D [][]
E [][]
999 NA

115. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 8

116. Nome Comercial / Princípio Ativo:
[][]
99. Não Sei 999. NA

117. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

118. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

119. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

120. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

121. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

122. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 122A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

122A. Especifique outro (s) problema (s)
A. [][]
B. [][]
C. [][]
D. [][]
E. [][]
999. NA

123. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 125)
99. Não Sei (Vá p/ 125) 999. NA [][]

123A Se sim, especifique quantas vezes?
[][]
99. Não Sei 999. NA

124. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
[][]
99. Não Sei 999. NA

125. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?
1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

126. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 128)
99. Não Sei (Vá p/ 128) 999. NA [][]

127. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)
A [][]
B [][]
C [][]
D [][]
E [][]
999 NA

128. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 9

129. Nome Comercial / Princípio Ativo:
[][]
99. Não Sei 999. NA

130. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

131. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

132. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

133. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

134. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

135. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 135A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

135A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [] []

B. _____ [] []

C. _____ [] []

D. _____ [] []

E. _____ [] []

999. NA

136. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 138)

99. Não Sei (Vá p/ 138) 999. NA [] []

136A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [] []

99. Não Sei 999. NA

137. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [] []

99. Não Sei 999. NA

138. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei

2. Regular 999. NA

3. Não funciona bem [] []

139. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 141)

99. Não Sei (Vá p/ 141) 999. NA [] []

140. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A _____ [] []

B _____ [] []

C _____ [] []

D _____ [] []

E _____ [] []

999. NA

141. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [] []

REMÉDIO 10

142. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [] []

99. Não Sei 999. NA

143. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula

2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)

3. Injeção

4. Aerossol ou spray

5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [] []

144. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

145. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [] []

146. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [] []

147. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar [] []

148. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar

3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 148A**

4. Não teve problema

99. Não Sei 999. NA [] []

148A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [] []

B. _____ [] []

C. _____ [] []

D. _____ [] []

E. _____ [] []

999. NA

149. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 151)

99. Não Sei (Vá p/ 151) 999. NA [] []

149A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [] []

99. Não Sei 999. NA

150. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [] []

99. Não Sei 999. NA

151. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei

2. Regular 999. NA

3. Não funciona bem [] []

152. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 154)
99. Não Sei (Vá p/ 154)
999. NA
- [] []

153. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A
- B
- C
- D
- E
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
- 999 NA

154. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [] []

REMÉDIO 11

155. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- [] []
99. Não Sei
999. NA

156. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei
999. NA
- [] []

157. Remédio Genérico?

- 1.Sim
- 2.Não
- 99.Não Sei
999. NA
- [] []

158. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
99. Não Sei
2. Um ano ou mais
999. NA
- [] []

159. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei
999. NA
- [] []

160. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar
- [] []

161. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 161A
4. Não teve problema
99. Não Sei
999. NA
- [] []

161A. Especifique outro (s) problema (s)

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
999. NA

162. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 164)
99. Não Sei (Vá p/ 164)
999. NA
- [] []

162A Se sim, especifique quantas vezes?

- [] []
99. Não Sei
999. NA

163. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- [] []
99. Não Sei
999. NA

164. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
99. Não Sei
2. Regular
999. NA
3. Não funciona bem
- [] []

165. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 167)
99. Não Sei (Vá p/ 167)
999. NA
- [] []

166. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A
- B
- C
- D
- E
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
- [] []
- 999 NA

167. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [] []

REMÉDIO 12

168. Nome Comercial / Princípio Ativo: _____
99. Não Sei 999. NA

169. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA

170. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA

171. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA

172. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA

173. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

174. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 174a
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA

174A. Especifique outro (s) problema (s)
A. _____
B. _____
C. _____
D. _____
E. _____
999. NA

175. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 177)
99. Não Sei (Vá p/ 177) 999. NA

175A Se sim, especifique quantas vezes? _____
99. Não Sei 999. NA

176. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

99. Não Sei 999. NA

177. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?
1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem

178. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 180)
99. Não Sei (Vá p/ 180) 999. NA

179. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)
A _____
B _____
C _____
D _____
E _____
999 NA

180. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA

REMÉDIO 13

181. Nome Comercial / Princípio Ativo: _____
99. Não Sei 999. NA

182. Forma Farmacêutica:
1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA

183. Remédio Genérico?
1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA

184. Há quanto tempo você usa esse Remédio?
1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA

185. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

186. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar [][]

187. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar

3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 187A**

4. Não teve problema

99. Não Sei 999. NA [][]

187A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [][]

B. _____ [][]

C. _____ [][]

D. _____ [][]

E. _____ [][]

999. NA

188. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 190)

99. Não Sei (Vá p/ 190) 999. NA [][]

188A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

189. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

190. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei

2. Regular 999. NA

3. Não funciona bem [][]

191. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 193)

99. Não Sei (Vá p/ 193) 999. NA [][]

192. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999 NA

193. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 14

194. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

195. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula

2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)

3. Injeção

4. Aerossol ou spray

5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

196. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

197. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [][]

198. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

199. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar [][]

200. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar

3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 200A**

4. Não teve problema

99. Não Sei 999. NA [][]

200A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

201. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 203)
99. Não Sei (Vá p/ 203) 999. NA [][]

201A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

202. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

203. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

204. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 206)
99. Não Sei (Vá p/ 206) 999. NA [][]

205. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999 NA

206. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 15

207. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

208. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

209. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

210. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

211. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

212. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

213. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 213A**
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

213A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

214. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 216)
99. Não Sei (Vá p/ 216) 999. NA [][]

214A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

215. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

216. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

217. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 219)
99. Não Sei (Vá p/ 219)
999. NA
- [][]

218. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A
- B
- C
- D
- E
- 999 NA

219. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [][]

REMÉDIO 16

220. Nome Comercial / Princípio Ativo:

-
99. Não Sei
999. NA

221. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei
999. NA
- [][]

222. Remédio Genérico?

- 1.Sim
- 2.Não
- 99.Não Sei
999. NA
- [][]

223. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
2. Um ano ou mais
99. Não Sei
999. NA
- [][]

224. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei
999. NA
- [][]

225. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar
- [][]

226. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 226A
4. Não teve problema
99. Não Sei
999. NA
- [][]

226A. Especifique outro (s) problema (s)

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
999. NA

227. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 229)
99. Não Sei (Vá p/ 229)
999. NA
- [][]

227A Se sim, especifique quantas vezes?

-
99. Não Sei
999. NA

228. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

-
99. Não Sei
999. NA

229. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
2. Regular
3. Não funciona bem
99. Não Sei
999. NA
- [][]

230. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 232)
99. Não Sei (Vá p/ 232)
999. NA
- [][]

231. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A
- B
- C
- D
- E
- 999 NA

232. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [][]

REMÉDIO 17

233. Nome Comercial / Princípio Ativo:

-
99. Não Sei
999. NA

234. Forma Farmacêutica:

- 1. Comprimido ou capsula
- 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
- 3. Injeção
- 4. Aerossol ou spray
- 5. Pomada ou creme
- 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

235. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

236. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

- 1. Menos de um ano 99. Não Sei
- 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

237. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

- 1. Na consulta com o médico
- 2. Na consulta com o dentista
- 3. Na farmácia
- 4. No rádio/TV/jornal
- 5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

238. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

- 1. Na Farmácia do SUS
- 2. Na Farmácia Comercial
- 3. No programa Farmácia Popular
- 4. Na igreja ou sindicato
- 5. Em outro lugar [][]

239. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

- 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
- 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
- 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 239A**
- 4. Não teve problema

99. Não Sei 999. NA [][]

239A. Especifique outro (s) problema (s)

A. _____ [][]

B. _____ [][]

C. _____ [][]

D. _____ [][]

E. _____ [][]

999. NA

240. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- 1. Sim 2. Não (**Vá p/ 242**)

99. Não Sei (**Vá p/ 242**) 999. NA [][]

240A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

241. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

242. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

- 1. Bem 99. Não Sei
- 2. Regular 999. NA
- 3. Não funciona bem [][]

243. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

- 1. Sim 2. Não (**Vá p/ 245**)

99. Não Sei (**Vá p/ 245**) 999. NA [][]

244. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999 NA

245. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

- 1. Sim 2. Não (**Vá p/ 284**)

99. Não Sei (**Vá p/ 284**) 999. NA [][]

REMÉDIO 18

246. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

247. Forma Farmacêutica:

- 1. Comprimido ou capsula
- 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
- 3. Injeção
- 4. Aerossol ou spray
- 5. Pomada ou creme
- 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

248. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

249. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

- 1. Menos de um ano 99. Não Sei
- 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

250. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

- 1. Na consulta com o médico
- 2. Na consulta com o dentista
- 3. Na farmácia
- 4. No rádio/TV/jornal
- 5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

251. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar

252. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar

3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 252A

4. Não teve problema

99. Não Sei

999. NA

252A. Especifique outro (s) problema (s)

A.

B.

C.

D.

E.

253. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 255)

99. Não Sei (Vá p/ 255)

999. NA

253A Se sim, especifique quantas vezes?

254. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

255. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem

2. Regular

3. Não funciona bem

99. Não Sei

999. NA

256. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 258)

99. Não Sei (Vá p/ 258)

999. NA

257. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A

B

C

D

E

258. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284)

999. NA

REMÉDIO 19

259. Nome Comercial / Princípio Ativo:

260. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula

2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)

3. Injeção

4. Aerossol ou spray

5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei

999. NA

261. Remédio Genérico?

1.Sim

2.Não

99.Não Sei

999. NA

262. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano

2. Um ano ou mais

99. Não Sei

999. NA

263. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico

2. Na consulta com o dentista

3. Na farmácia

4. No rádio/TV/jornal

5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei

999. NA

264. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS

2. Na Farmácia Comercial

3. No programa Farmácia Popular

4. Na igreja ou sindicato

5. Em outro lugar

265. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar

3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 265A

4. Não teve problema

99. Não Sei

999. NA

265A. Especifique outro (s) problema (s)

A.

B.

C.

D.

E.

266. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim
2. Não (Vá p/ 268)
99. Não Sei (Vá p/ 268)
999. NA
- [] []

266A Se sim, especifique quantas vezes?

[] []

99. Não Sei 999. NA

267. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

[] []

99. Não Sei 999. NA

268. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
99. Não Sei
2. Regular
999. NA
3. Não funciona bem
- [] []

269. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 271)
99. Não Sei (Vá p/ 271)
999. NA
- [] []

270. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A [] []

B [] []

C [] []

D [] []

E [] []

999. NA

271. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [] []

REMÉDIO 20

272. Nome Comercial / Princípio Ativo:

[] []

99. Não Sei 999. NA

273. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei
999. NA
- [] []

274. Remédio Genérico?

- 1.Sim
- 2.Não
- 99.Não Sei
999. NA
- [] []

275. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
99. Não Sei

2. Um ano ou mais
999. NA
- [] []

276. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei
999. NA
- [] []

277. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar
- [] []

278. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 278A**
4. Não teve problema
99. Não Sei
999. NA
- [] []

278A. Especifique outro (s) problema (s)

A. [] []

B. [] []

C. [] []

D. [] []

E. [] []

999. NA

279. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim
2. Não (Vá p/ 281)
99. Não Sei (Vá p/ 281)
999. NA
- [] []

279A Se sim, especifique quantas vezes?

[] []

99. Não Sei 999. NA

280. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

[] []

99. Não Sei 999. NA

281. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
99. Não Sei
2. Regular
999. NA
3. Não funciona bem
- [] []

282. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284)
999. NA
- [] []

283. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999 NA

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE REMÉDIOS

284. Você precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus Remédios

1. Sim, sempre

3. Não

2. Sim, às vezes

99. Não Sei

[][]

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

285. Nos últimos 12 meses, você precisou ser atendido (a) em ALGUMA EMERGÊNCIA?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 288)

99. Não Sei (Vá p/ 288)

[][]

286. Quantas vezes?

1. Uma única vez

4. Quatro ou mais vezes

2. Duas vezes

99. Não sei

3. Três vezes

999. NA

[][]

287. Qual (is) foi(ram) o(s) motivos(s) deste(s) atendimento(s)?

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999. NA

288. Nos últimos 12 meses, você precisou ser INTERNADO (A) EM HOSPITAL?

1. Sim

2. Não (Vá p/ 291)

99. Não Sei (Vá p/ 291)

[][]

289. Quantas vezes?

1. Uma única vez

2. Duas vezes

3. Três vezes

4. Quatro ou mais vezes

99. Não Sei

999. NA

[][]

290. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos(s) desta(s) internação(ões)?

A. _____ [][]

B. _____ [][]

C. _____ [][]

D. _____ [][]

E. _____ [][]

999. NA

SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde você trata estas doenças e busca seus Remédios.

291. Você utiliza o SUS: (Ler as alternativas)

1. Sempre

4. Raramente

2. Repetidamente

5. Nunca

3. Às vezes

99. Não Sei

[][]

292. Você procura atendimento NESTA Unidade de Saúde: (Ler as alternativas)

1. Sempre

2. Repetidamente

3. Às vezes

4. Raramente

5. Nunca

6.Primeira vez na Unidade de Saúde

[][]

293. Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

1. Sim

2. Não

99. Não Sei

[][]

294. Como você chega até aqui? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Caminha

2. Ônibus/transporte coletivo

3. Carro, moto

4. Barco

Outro. _____

99. Não Sei

[][]

295. Este lugar é longe da sua casa?

1. Sim

3. Não

2. Mais ou menos

99. Não Sei

[][]

296. Chegar aqui é:(Ler as alternativas)

1. Muito fácil

4. Difícil

2. Fácil

5. Muito difícil

3. Nem fácil/nem difícil

99 Não Sei

[][]

297. O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (Ler as alternativas)

1. Muito Bom

4. Ruim

2. Bom

5. Muito ruim

3. Nem ruim/nem bom

99 Não Sei

[][]

298. Por que você veio até a Unidade de Saúde hoje?(Pode assinalar mais de uma opção)

1. Consulta médica agendada

2. Agendar uma consulta/exame

3. Participar de uma reunião de grupo

4. Retirar Remédios

Outros _____

[][]

299. Nos últimos 3 meses você PROCUROU por algum remédio em FARMÁCIAS PÚBLICAS DO SUS? (ler as opções)

1. Apenas na farmácia Pública desta UBS

2. Apenas em outras farmácias Públicas do SUS

3. Em ambas

4. Não procurei por nenhum Remédio em Farmácias Públicas do SUS (Vá p/ 317)

5. Não utilizei nenhuma Farmácia Pública do SUS nos últimos 3 meses (Vá p/ 317)

99. Não Sei

300. Normalmente quanto tempo você espera para retirar os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Não espera (Vá p/ 302)

2. Um pouco

3. Muito tempo

5. Primeira vez na UBS (Vá p/ 302)

99. Não Sei (Vá p/ 302)

301. Quanto tempo você espera para retirar remédios nas Farmácias Públicas do SUS? [] [] minutos

302. Nestes 3 últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os Remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Sempre (Vá p/ 305)

2. Repetidamente

3. Às vezes

4. Raramente

5. Nunca [] []

303. Das vezes que você NÃO CONSEGUIU os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? **RESPOSTA MÚLTIPLA**

1 Avisaram que não tinha o Remédio

2 Avisaram que não tinha o Remédio; pediram que você aguardasse, mas o Remédio não chegou

3 Encaminharam você para outra UBS

4 Orientaram você a comprar o Remédio

5 Orientaram você a procurar a Farmácia Popular

6 Não recebeu orientação

7. Outros.=> **Faça a 303A**

99. Não Sei

999. NA

303A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

A. [] []

B. [] []

C. [] []

D. [] []

E. [] []

304. Das vezes que NÃO CONSEGUIU o(s) Remédio(s) nas Farmácias Públicas do SUS EM QUAL LOCAL você adquiriu.

RESPOSTA MÚLTIPLA

1. Em outra UBS

2. Farmácia do SUS

3. Em outro setor do SUS

4. Na Farmácia Popular

5. Pelo plano de saúde

6. Pelo convênio da empresa

7. Em instituição de caridade, ONG...

8. Com amigos, parentes, vizinhos

9. Comprou em drogaria comercial

10. Ficou sem o Remédio.

11. Não teve dinheiro para comprar

12. Achou que não precisava do Remédio

13. Outros .=> **Faça a 304A**

304A. Quais outros locais?

A. [] []

B. [] []

C. [] []

D. [] []

E. [] []

305. Para você os efeitos dos Remédios recebidos nas Farmácias Públicas do SUS em comparação com os efeitos dos Remédios COMPRADOS na Farmácia Comercial são:

1. Iguais

2. Melhores

3. Piores

4. NUNCA comprou Remédios em farmácias comerciais

99 . Não sei 999. NA [] []

306. Quando você retira Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, os funcionários que entregam os Remédios repassam informações/orientações sobre como usá-los?

1 Sim 3 Não (Vá p/ 309)

2. Às vezes 99 Não sei (Vá p/ 309) [] []

307. Você entende as informações/orientações repassadas pelos funcionários que entregam os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 99. Não Sei 999. NA

2. Repetidamente

3. Às vezes

4. Raramente

5. Nunca [] []

308. Quando retira remédios nas Farmácias Públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardar os Remédios em casa? **(Ler as alternativas)**

1. Sempre 4. Raramente

2. Repetidamente 5. Nunca

3. Às vezes 99. Não Sei 999. NA [] []

309. O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? (Ler as alternativas)

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca
99. Não Sei
- [] []

310. Os funcionários da Farmácia Pública do SUS onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?

- (Ler as alternativas)
1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca
99. Não Sei
- [] []

311. Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), para encontrar a Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Nem fácil/ Nem difícil
4. Difícil
5. Muito difícil
99. Não Sei
999. NA
- [] []

312. Como você avalia a limpeza da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito boa
2. Boa
3. Nem ruim/ Nem boa
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei
- [] []

313. Para você o conforto da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

1. Muito bom
2. bom
3. Nem ruim/ Nem bom
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei
- [] []

314. Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?

1. Muito bom
2. bom
3. Nem ruim/ Nem bom
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei
- [] []

315. Você considera que seu atendimento na Farmácia do SUS que utiliza ocorre com privacidade?

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca
99. Não Sei
- [] []

316. Com relação aos itens relacionados abaixo, quais em sua opinião, poderiam ser melhorados no atendimento da Farmácia Pública do SUS onde você retira Remédios? (ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)

- 1.Sim
- 2.Não
- 99.Não Sei

A	Sala de espera	[] []
B	Horário de funcionamento	[] []
C	Espaço físico	[] []
D	Disponibilidade dos Remédios	[] []
E	Qualidade do atendimento	[] []
F	Tempo de espera para o atendimento	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DOS USUÁRIOS

317. Você participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

1. Sim
2. As vezes
3. Não
4. Primeira vez na UBS
99. Não Sei
- [] []

318. Você conhece o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim
- 2.Não (Vá p/ 321)
- 99.Não Sei (Vá p/ 321)
- [] []

319. Você usa o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim
- 2.Não (Vá p/ 321)
- 99.Não Sei (Vá p/ 321)
999. NA
- [] []

320. Qual o PRINCIPAL motivo que faz você usar o programa FARMÁCIA POPULAR? (APENAS UMA OPÇÃO). Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.

1. O preço do Remédio é acessível e/ou gratuito
2. A localização é boa
3. O atendimento é bom
4. Porque tem os Remédios que faltam no SUS
5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS
- Outro _____
- 99.Não Sei
999. NA
- [] []

321. Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com Remédios. Gostaríamos que o (a) Sr(a) diga qual(is) dessa(s) o (a) Sr(a) enfrenta. **(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)**

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Lembrar de tomar o Remédio	[][]
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia	[][]
C	Conseguir os Remédios	[][]
D	Ler o que esta escrito na embalagem	[][]
E	Adequar a utilização do Remédio com o trabalho	[][]
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]
J	Outro: _____	[][]
K	Outro: _____	[][]

COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre Remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que você considerasse todas as vezes em que fez o uso de Remédios, de uma maneira geral.

322. Você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 324)

323. Em quais casos você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando tem o Remédio em casa	[][]
B	Quando conhece alguém que já tomou	[][]
C	Quando já tomou este Remédio antes	[][]
D	Quando leu a bula ou outra informação	[][]
E	Quando consegue o Remédio fácil	[][]
F	Quando recebe indicação na farmácia	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

324. Você **DEIXA** de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 326)

325. Em quais casos deixa de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando acha que o Remédio é muito forte ou muito fraco	[][]
B	Quando acha que o Remédio não é o certo ou não funciona	[][]
C	Quando acha que não precisa do Remédio	[][]
D	Quando acha que já está curado	[][]
E	Quando já usou o Remédio e passou mal	[][]
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia

326. Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca (Vá p/ 333)
2. Menos de uma vez por mês (Vá p/ 333)
3. Uma vez ou mais por mês
99. Não Sei [][]

327. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? **(Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.)**

[] dias por semana
99. Não Sei 999. NA

328. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? **(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)**

[][] doses por dia
99. Não Sei 999. NA

Para homens

329. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir **5 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião

1. Sim (Vá p/ 331) 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]

Para mulheres

330. Nos últimos 30 dias, você chegou a **consumir 4 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]

Para todos

331. Em quantos dias do mês isto ocorreu?.

[][] dias
99. Não Sei 999. NA

332. Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

333. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? **(Não considere fisioterapia)**

1. Sim 2.Não (Vá p/ 340) [][]

334. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? **(0 se menos do que um dia)**

[] dias
Se 0 (Vá p/ 340) 99. Não Sei 999. NA

335. Qual é o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? **(Anotar apenas o primeiro citado)**

- 1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho)
 - 2. Caminhada em esteira
 - 3. Corrida
 - 4. Corrida em esteira
 - 5. Musculação
 - 6. Ginástica aeróbica
 - 7. Hidroginástica
 - 8. Ginástica em geral
 - 9. Natação
 - 10. Artes marciais e luta
 - 11. Bicicleta
 - 12. Futebol
 - 13. Basquetebol
 - 14. Voleibol
 - 15. Tênis
 - 16. Dança
 - 17. Outro. _____
- 999.NA [][]

336. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?

1.Sim 2.Não (Vá p/ 340) 999. NA [][]

337. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?

[] dias
999. NA

338. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?

[][] horas [][] minutos
999. NA

339. Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

[][] horas [][] minutos
999. NA

FUMO

340. Você fuma atualmente?

1. Sim 2.Não (Vá p/ 343) [][]

341. Você fuma todos os dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) 999. NA [][]

342. Quantos cigarros você fuma por dia?

[][] cigarros por dia
99. Não Sei 999. NA

343. Você já fumou regularmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 346) 999. NA [][]

344. Que idade você tinha quando começou a fumar todos os dias? **(Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)**

[][] anos
99. Não Sei 999. NA

345. Que idade você tinha quando parou de fumar? **(Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)**

[][] anos
99. Não Sei 999. NA

346. Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

DIETA

347. Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

348. Você evita o consumo de sal?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

349. Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

350. Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

351. Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

Se sim para alguma das 5 perguntas acima:

352. Qual o PRINCIPAL MOTIVO que levou você a fazer esta(s) dieta(s)? (Apenas uma opção)

- 1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista
- 2. Por decisão própria (Vá p/ 354)
- 3. Outro.
- 99. Não Sei (Vá p/ 354) 999.NA

353. Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? (Resposta múltipla)

- 1. Hipertensão
- 2. Diabetes
- 3. Doença do coração
- 4. Colesterol alto
- 5. AVC (acidente vascular cerebral)
- 6. Doença pulmonar crônica
- 7. Artrite ou reumatismo
- 8. Depressão
- 9. Outro.
- 99. Não Sei 999.NA

PLANO DE SAÚDE

354. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 362) 99. Não Sei (Vá p/ 362)

355. Qual o nome do convênio/plano de saúde?

356. Você é o titular deste plano?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA

O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):

357. Consulta médica?

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre

99. Não Sei 999. NA

358. Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre

99. Não Sei 999. NA

359. Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre

99. Não Sei 999. NA

360. Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre (Vá p/ 362)

99. Não Sei (Vá p/ 362) 999. NA

361. Para quais doenças são os Remédios que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?

A.

B.

C.

D.

E.

INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

362. Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em SEU DOMICÍLIO. Para cada item que você responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.

0. Zero 3. Três

1. Um 4. Mais que quatro

2. Dois

		Quantidade (s)
A	Televisão em cores	
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel)	
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)	
D	Automóvel (de uso particular)	
E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)	
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)	
G	Videocassete / DVD	
H	Geladeira	
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	
J	Microcomputador	
K	Microondas	
J	Motocicleta	
M	Secadora de roupa	

- 363.** Quantas pessoas moram no seu domicílio?
|_|_|_| pessoas
- 364.** Quantos cômodos existem no seu domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)
|_|_|_|
- 365.** Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?
|_|_|_|
- 366.** O domicílio onde você reside é:
1. Alugado 3. Emprestado
2. Próprio 99. Não Sei |_|_|
- 367.** Qual é a renda mensal total dos moradores do seu domicílio?
1. Abaixo de R\$ 150
2. Entre R\$ 150 e R\$ 300
3. Entre R\$ 300 e R\$ 650
4. Entre R\$ 650 e R\$ 1.000
5. Entre R\$ 1.000 e R\$ 1.450
6. Entre R\$ 1.450 e R\$ 1.900
7. Entre R\$ 1.900 e R\$ 3.000
8. Entre R\$ 3.000 e R\$ 4.600
9. Entre R\$ 4.600 e R\$ 6.000
10. Entre R\$ 6.000 e R\$ 8.000
11. Entre R\$ 8.000 e R\$ 10.500
12. Entre R\$ 10.500 e R\$ 13.000
13. Acima de R\$ 13.000 99. Não Sei |_|_|
- 368.** Quantas pessoas dependem desta renda? **(INCLUIR AS PESSOAS QUE TRABALHAM)**
|_|_|_|
- 369.** O domicílio possui água encanada?
1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|
- 370.** A rua é pavimentada (calçamento, asfaltada)?
1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|
- 371.** Você recebe auxílio do governo?
1A. Sim, bolsa família
1B. Sim, seguro desemprego
2. Não
Outro. _____
99. Não Sei |_|_|
- Agora, gostaria de saber se..
- 372.** No último ano, a sua família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?
1. Sim 2. Não (Vá p/ 375) 99. Não Sei (Vá p/ 375) |_|_|

- 373.** Que tipo de problema ocasionou este gasto?
1. Remédios
2. Consulta médica
3. Exame de laboratório ou imagem
4. Internação clínica
5. Cirurgia
Outro. _____
99. Não Sei 999. NA |_|_|
- 374.** Como foi que a família lidou com esse gasto?
1. Deixou de comprar alimento
2. Deixou de pagar contas
3. Fez empréstimo de amigo ou familiar
4. Fez empréstimo de banco ou financeira
5. Vendeu algum bem
6. Outro. _____
99. Não Sei 999. NA |_|_|

ESTADO DE SAÚDE

- 375.** Em geral, como você avalia sua saúde? **(Ler as alternativas)**
1. Muito boa
2. Boa
3. Nem ruim, nem boa
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei |_|_|

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu estado de saúde. Indique qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

- 376. Mobilidade**
1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado/a a ficar na cama |_|_|
- 377. Cuidados Pessoais**
4. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
5. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
6. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
- 378. Atividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)
1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

379. Dor/Mal Estar

- 1. Não tenho dores ou mal-estar
- 2. Tenho dores ou mal-estar moderados
- 3. Tenho dores ou mal-estar extremos

380. Ansiedade/Depressão

- 4. Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- 5. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- 6. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO

381. Nome _____

381A. Nome do Responsável (** No caso seja entrevistado não seja capaz de responder o questionário sozinho. Assinalar 999. NA nos casos de não se aplica*)

382B. Telefone do entrevistado: _____

382. Endereço do entrevistado

382.A. Município onde reside: _____

382.B. Lougradouro (Rua/ Avenida/ Beco): _____

Horário Final [][]:[][]



ANEXO F – Roteiro Observação

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo o objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a CP2 é filiada.

Data da Observação ____ / ____ / 2014
Horário inicial ____:____

O questionário será dividido em três etapas:

1ª Registro Fotográfico:

O observador deverá tirar fotos das diferentes áreas, identificando cada área na foto. Em TODAS AS FARMÁCIA/ UNIDADE DE DISPENSAÇÃO as seguintes áreas devem ter registro fotográfico: área de atendimento (guichê/balcão/janela de entrega de medicamentos, fila de espera), área interna da Farmácia/ Unidade de Dispensação, área de armazenamento da Farmácia/ Unidade de Dispensação, prateleira dos medicamentos (foto panorâmica e foto com proximidade para identificação dos produtos), local de armazenamento dos medicamentos controlados (armário ou sala específica, quando houver). Quando a Farmácia/ Unidade de Dispensação estiver implantada em edificação independente da Unidade de Saúde, registrar também a fachada e o acesso principal à Farmácia/ Unidade de Dispensação.

2ª Registro da Documentação:

O observador deverá também obter cópias dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) utilizados no setor de dispensação.

3ª Roteiro de Observação:

O observador deverá ser acompanhado pelo responsável da Farmácia/ Unidade de Dispensação. Todas as questões devem ser respondidas com base na OBSERVAÇÃO LOCAL e não apenas com a informação do profissional que acompanha.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

A. Entrada da Farmácia/ Unidade de Dispensação

a. Comentários

B. Área de recepção/atendimento (Foto 1: Porta de entrada)

a. Comentários

C. Área de recepção/atendimento (Foto 2: Lateral)

a. Comentários

D. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos (Foto 1: Porta de entrada)

a. Comentários

E. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos (Foto 2: Lateral direita)

a. Comentários

F. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos (Foto 3: Lateral esquerda)

a. Comentários

G. Prateleira dos medicamentos (Foto 1: Panorâmica)

a. Comentários

H. Prateleira dos medicamentos (Foto 2: Proximidade)

a. Comentários

I. Refrigerado ou Câmara Fria dos medicamentos (Foto 1: Aberto)

a. Comentários

J. Refrigerado ou Câmara Fria dos medicamentos (Foto 2: Fechado)

a. Comentários

K. Sala do Farmacêutico

a. Comentários

L. Remédio Controlado (Foto 1: Armário Aberto)

a. Comentários

M. Remédio Controlado (Foto 2: Armário Fechado)

a. Comentários

N. Foto Capa do Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

a. Comentários

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA/ UNIDADE DE SAÚDE

1. Número do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) (7 dígitos):

____[]____[]____[]____[]____[]____[]

2. Município: _____[]____[]

3. Nome da Farmácia/Unidade de Saúde

_____ []____[]

4. Endereço: _____[]____[]

5. Estado: _____[]____[]

6. CEP: []____[]____[]____[]____[]-[]____[]____[]

7. Telefone: (____) - _____

8. Tipo de unidade:
- 1.Farmácia isolada.
 - 2.Posto de Saúde
 - 3.Centro de Saúde/ Unidade Básica
 - 4.Unidade mista
 - 5. Outro. [][]

REGISTRO DA DOCUMENTAÇÃO

9. Documentação técnica:
- 1.Sim
 - 2. Não

A	Possui Alvará sanitário visível e vigente.	[][]
B	Possui Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) emitido pelo Conselho Regional de Farmácia visível e vigente	[][]
C	Possui licença de funcionamento e localização	[][]
D	Licença do corpo de bombeiros	[][]

FARMÁCIA/ UNIDADE DE DISPENSAÇÃO

10. Responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação (APENAS UM RESPONSÁVEL)
- 1.Sim
 - 2. Não

A	Farmacêutico	[][]
B	Outro profissional de saúde com formação superior	[][]
C	Outro profissional:	[][]

10D Nome do responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação (em caso da ausência do mesmo, inserir o nome do substituto) _____

11. Área da Farmácia/ Unidade de dispensação (EM METROS QUADRADOS)
- [][][][][][] m2

12. Horário de atendimento da Farmácia/ Unidade de dispensação
- De [][]:[][] h às [][]:[][] h

13. Funcionamento semanal da Farmácia/ Unidade de dispensação
- 1. Um dia
 - 2. Dois dias
 - 3. Três dias
 - 4. Quatro dias
 - 5. Cinco dias ou mais
- [][][][]

14. Número total de horas de atendimento da Farmácia/ Unidade de dispensação ao público semanal:
- [][][][] horas/semana

15. Presença de Farmacêutico na Farmácia/ Unidade de dispensação:
- 1. Todo o horário de funcionamento
 - 2. Horário parcial
 - 3. Eventual ou não diário
 - 4. Não possui [][][][]

16. Quantos profissionais são EXCLUSIVOS para trabalho na Farmácia/ Unidade de dispensação?

A	Farmacêutico	[][][][]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem	[][][][]
C	Enfermeiro	[][][][]
D	Outros profissionais de nível médio	[][][][]
E	Outros profissionais de nível superior	[][][][]

17. Quantos profissionais que trabalham na Farmácia/ Unidade de dispensação e são COMPARTILHADOS COM OUTROS SETORES?

A	Farmacêutico	[][][][]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem	[][][][]
C	Enfermeiro	[][][][]
D	Outros profissionais de nível médio	[][][][]
E	Outros profissionais de nível superior	[][][][]

18. Número médio de pessoas atendidas na Farmácia/ Unidade de dispensação:
- [][][][][][][][] por dia

LOCAL DE ATENDIMENTO

19. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada à espera dos usuários para atendimento na farmácia?
- 1.Sim, exclusiva para Farmácia/ Unidade de dispensação
 - 2. Sim, compartilhada com outros serviços
 - 3. Não.(Vá p/ 21) [][][][]

20. A área de espera da Farmácia/ Unidade de dispensação possui:
- 1.Sim
 - 2. Não

A	Sistema de senha para atendimento	[][][][]
B	Cadeiras	[][][][]
C	Quadro de avisos	[][][][]
D	Televisão	[][][][]
E	Disponibilização de materiais educativos em saúde	[][][][]
F	Bebedouro/purificador de água/ filtro	[][][][]
G	Acesso a sanitários	[][][][]
H	Proteção do sol e chuva	[][][][]
I	Lixeira COM PEDAL	[][][][]

21. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui Sistema informatizado para registro das atividades da Assistência Farmacêutica?
- 1. Sim.
 - 2.Não. (Vá p/ 24)
 - 98.Não Sei (Vá p/ 24) [][][][]

22. Qual(is) o(s) nome(s) desse(s) sistema(s)?

A. _____ [][]

B. _____ [][]

23. Quais as atividades são registradas no(s) sistema(s) informatizado(s)?

1. Sim 2. Não 999. NA

23A	Programação de medicamentos/insumos	[][]
23B	Controle de estoque/ armazenamento	[][]
23C	Cadastro de usuários	[][]
23D	Distribuição para outras unidades de saúde	[][]
23E	Dispensação	[][]
23F	Acompanhamento de pacientes	[][]

ÁREA DE DISPENSAÇÃO

24. Área para dispensação de medicamentos da Farmácia/ Unidade de dispensação

1. É exclusiva para dispensação (Vá p/ 25)

2. É compartilhada com outros serviços

3. Não existe (Vá p/31) [][]

24A. É compartilhada com quais serviços?

A. _____ [][]

B. _____ [][]

C. _____ [][]

25. Área de dispensação, em metros quadrados aproximados (EM METROS QUADRADOS)

_____ m² 999. NA

26. A área de dispensação possui:

1. Sim 2. Não 999. NA

26A	Sistema de senha para atendimento	[][]
26B	Guichês individuais de atendimento/mesa com cadeiras para sentar	[][]
26C	Guichês/balcão para atendimento em pé	[][]
26D	Grades, no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário	[][]
26E	Atendimento	[][]
26F	Computador	[][]
26G	Impressora	[][]
26H	Telefone	[][]
26I	Acesso à internet	[][]
26J	Mesa para o atendente	[][]
26K	Cadeira para o atendente	[][]
26L	Cadeira para o usuário	[][]
26M	Controle de entrada e circulação de pessoas	[][]
26N	Aparelho de ar condicionado	[][]

27. Condições ambientais da área de dispensação de medicamentos da Farmácia/ Unidade de dispensação:

1. Sim 2. Não

27A	Possui controle de temperatura	[][]
27B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre medicamentos	[][]
27C	Possui sistema interno de circulação de ar	[][]
27D	Possui controle de umidade	[][]
27E	Indício da presença de roedores e insetos	[][]
27F	Presença de mofo ou infiltração	[][]

ÁREA DE CONSULTA FARMACÊUTICA

28. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico:

1. Sim, exclusiva

2. Sim, compartilhada com outros profissionais

3. Não (Vá p/ 31) [][]

29. Área para realizar consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico, em metros quadrados aproximados: (EM METROS QUADRADOS)

_____ m² 999. NA

30. Esta área de atendimento farmacêutico possui:

1. Sim 2. Não 999. NA

30A	Mesa	[][]
30B	Cadeiras	[][]
30C	Armário para guarda de registros dos atendimentos	[][]
30D	Computador	[][]
30E	Acesso à internet	[][]
30F	Lixeira COM PEDAL	[][]
30G	Impressora	[][]
30H	Telefone	[][]
30I	Balança	[][]
30J	Livros e outras referências bibliográficas	[][]

ÁREA DE ARMAZENAMENTO

31. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada ao armazenamento de medicamentos, diferente da área de dispensação:

1. Sim 2. Não [][]

32. Com relação a área de armazenamento: da Farmácia/ Unidade de dispensação é:

1. Exclusiva para medicamentos

2. Compartilhada com outros produtos [][]

33. Área de armazenamento, em metros quadrados aproximados: _____ m² 999. NA

34. Área de armazenamento possui:

1.Sim 2. Não

34A	Aparelho de ar condicionado	<input type="checkbox"/>
34B	Armário com chave para medicamentos controlados	<input type="checkbox"/>
34C	Refrigerador/ geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos	<input type="checkbox"/>
34D	Refrigerador/ geladeira para armazenamento compartilhado de outros produtos e/ou alimentos	<input type="checkbox"/>
34E	Medicamentos em contato direto com chão ou paredes	<input type="checkbox"/>
34F	Controle de entrada e circulação de pessoas	<input type="checkbox"/>
34G	Estantes ou prateleiras para o armazenamento dos produtos (medicamentos, insumos)	<input type="checkbox"/>
34H	Paletes/estrados	<input type="checkbox"/>
34I	Termômetro digital (temperatura do ambiente)	<input type="checkbox"/>
34J	Higrômetro (umidade do ar)	<input type="checkbox"/>
34K	Caixas tipo BIN para armazenamento de medicamentos	<input type="checkbox"/>
34L	Mesa auxiliar	<input type="checkbox"/>
34M	Escada	<input type="checkbox"/>
34N	Termômetro para geladeira	<input type="checkbox"/>

35. Os medicamentos na área de armazenamento estão organizados (A MAIS UTILIZADA)

1. Em ordem alfabética, pelo nome do princípio ativo (nome genérico)
2. Em ordem alfabética pelo nome comercial (marca registrada)
3. Por forma farmacêutica e ordem alfabética em cada forma farmacêutica
4. Por Programa de Saúde/ Indicação
5. Outra. _____
6. Não há regra de armazenamento ☐☐

36. A Farmácia/ Unidade de dispensação realiza o fracionamento de medicamentos?

1.Sim 2. Não (Vá p/ 38) ☐

37. Quais as condições para a realização do fracionamento?

1.Sim 2. Não

37A	Área específica para o fracionamento	<input type="checkbox"/>
37B	Bancada revestida de material liso e resistente	<input type="checkbox"/>
37C	Material e equipamentos de embalagem e rotulagem	<input type="checkbox"/>
37D	Instrumentos cortantes	<input type="checkbox"/>

38. Condições ambientais da Farmácia/Unidade de dispensação:

Sim 2. Não

38A	Possui controle de temperatura	<input type="checkbox"/>
38B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre medicamentos	<input type="checkbox"/>
38C	Possui sistema interno de circulação de ar	<input type="checkbox"/>
38D	Possui controle de umidade	<input type="checkbox"/>
38E	Indício da presença de roedores e insetos	<input type="checkbox"/>
38F	Presença de mofo ou infiltração	<input type="checkbox"/>

39. Temperatura no momento da observação

- 1.Temperatura de até 25°C 999. NA
- 2.Temperatura entre 25°C e 30°C
- 3.Temperatura acima de 30°C
4. Não possui termômetro/ Não é possível verificar a temperatura ☐☐

OUTRAS ÁREAS

40. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada ao armazenamento de produtos vencidos/ impróprios para uso?

1.Sim 2. Não ☐

41. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área exclusiva destinada a execução de atividades administrativas?

1.Sim 2. Não ☐

42. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui espaço reservado para lanches e refeições (copa)?

1.Sim 2. Não ☐

43. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui depósito de materiais de limpeza?

1.Sim 2. Não ☐

44. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui espaço destinado à guarda dos pertences dos funcionários?

1.Sim 2. Não ☐

SEGURANÇA E NORMAS PADRONIZADAS

45. Os funcionários da Farmácia/ Unidade de dispensação trabalham com uniforme ou jaleco?

1.Sim 2. Não ☐

46. A Farmácia/Unidade de dispensação possui equipamento de prevenção contra incêndios?

1.Sim 2. Não ☐

47. A Farmácia/Unidade de dispensação possui gerador de energia?

1.Sim 2. Não ☐

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA VERIFICAÇÃO

48 – 85 . Preencher as questões 48 a 85 de acordo com as orientações de A, B e C

- A) Medicamento padronizado no município

1.Sim2. Não98. Não Sei
- (B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação

1.Sim2. Não
- (C) Presença de medicamentos vencidos em estoque

1.Sim2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
48.	Hidróxido de alumínio	Antiácidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Cloridrato de ranitidina	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Omeprazol	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Insulina Humana NPH	Insulinas e análogos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Insulina Humana Regular	Insulinas e análogos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Metformina	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Glibenclamida / Glicazida	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Sulfato ferroso	Preparações com ferro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Ácido fólico	Vitamina B12e ácido fólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Sais para reidratação oral	Outros nutrientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Hidroclorotiazida	Diuréticos de baixa potência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Captopril /Enalapril	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Atenolol / Cloridrato propranolol/ Carvedilol / Succinato de metoprolol	Agentes beta bloqueadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Nitrato de Miconazol creme/pomada	Antifúngicos para uso tópico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Dexametasona creme/pomada	Corticoesteroides simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Nistatina creme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	Benzilpenicilina benzatina	Antibacterianos Beta-lactâmicos, penicilina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Cloridrato de Ciprofloxacino	Antibacterianos quinolônicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	Fluconazol / Itraconazol	Antimicótico de uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	Dipirona solução oral	Outros analgésicos e antipiréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68.	Ibuprofeno	Produtos anti-inflamatórios não esteroidais e antirreumáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69.	Paracetamol	Outros analgésicos e antipiréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.	Acetato de medroxiprogesterona comp	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71.	Enantato noretisterona + valerato de estradiol	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72.	Estriol creme vaginal	Estrogênios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73.	Estrogênios conjugados Creme vaginal	Estrogênios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.	Etinilestradiol +levonorgestrol	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.	Levonorgestrel	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76.	Noretisterona	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77.	Albendazol	Agentes antinematóides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78.	Permetrina	Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79.	Metronidazol /Teclozana	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80.	Sulfato de salbutamol	Adrenérgicos inalatórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81.	Fosfato sódico de prednisolona/ Prednisona	Corticoesteroides para uso sistêmico simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82.	Brometo de Ipratrópio	Outros medicamentos inalatórios para doenças respiratórias obstrutivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83.	Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg	Medicamentos para tratamento da tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84.	Rifampicina 300 mg	Medicamentos para tratamento da tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85.	Nicotina	Medicamentos utilizados transtornos de dependência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. A dispensação de medicamentos para tratamento do HIV/Aids é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?
1. Sim 2. Não. (Vá p/ 88) 98. Não sei (Vá p/ 88) [][]

Preencher questão 87 de acordo com as orientações de A, B e C
(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei
(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não
(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
87.	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg	Antivirais de ação direta	[][]	[][]	[][]

88. A dispensação de medicamentos controlados é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?
1. Sim 2. Não. Passe (Vá p/ 93) 98. Não sei (Vá p/ 93) [][]

Preencher questão 89 até 92 de acordo com as orientações de A, B e C
(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei
(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não
(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
89.	Cloridrato de amitriptilina	Antidepressivos	[][]	[][]	[][]
90.	Fluoxetina	Antidepressivos	[][]	[][]	[][]
91.	Carbamazepina	Antiepilépticos	[][]	[][]	[][]
92.	Clonazepam	Antiepilépticos	[][]	[][]	[][]

93. A dispensação de medicamentos fitoterápicos é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?
1. Sim 2. Não (ENCERRE O ROTEIRO) 98. Não sei (ENCERRE O ROTEIRO) [][]

Preencher questão 94 até 101 de acordo com as orientações de A, B e C
(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei
(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não
(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
94.	Alcachofra	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
95.	Aroeira	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
96.	Cáscara -sagrada	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
97.	Espinheira- santa	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
98.	Garra-do-diabo	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
99.	Guaco	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
100.	Isoflavona-de-soja	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]
101.	Unha-de-gato	Fitoterápicos	[][]	[][]	[][]

Horário Final [][]:[][]

ANEXO G – Parecer n° 633.253

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 633.253

Data da Relatoria: 23/04/2014

Apresentação do Projeto:

A Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM) foi instituída pela PORTARIA Nº 2.077, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012 do Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde levando em consideração a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil; e os objetivos estratégicos números 11 e 12 estabelecidos no documento "Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS/2011)", do Ministério da Saúde, quais

sejam: "Garantir a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" e "Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e a assistência farmacêutica no âmbito do SUS". A execução deste projeto está a cargo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e conta com a participação de pesquisadores do Ministério da Saúde e das instituições listadas a seguir: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Universidade de Brasília, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

estudo transversal clássico. Estes estudos podem ser caracterizados como aqueles que incluem como sujeitos todas as pessoas na população, ao tempo da averiguação, ou uma amostra representativa de todas essas pessoas, selecionadas sem levar em consideração o estado de exposição ou de doença. Serão entrevistados indivíduos residentes nos domicílios selecionados, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país. O tamanho da amostra deverá ser estimado com maior precisão no decorrer do detalhamento do plano amostral. A estimativa inicial é de que a amostra seja composta por 38.400 indivíduos, de modo a possibilitar, com grau de confiança estabelecido em parâmetros estatísticos, a generalização dos dados amostrais para o conjunto da população. Os questionários serão aplicados por entrevistadores treinados e com o uso de equipamentos eletrônicos. O instrumento de coleta de dados será constituído pelos seguintes blocos: informações sobre o domicílio, bens domésticos e renda, informações sobre a pessoa de referência da família, informações do entrevistado, plano de saúde e estilo de vida. Serão coletadas informações mais detalhadas sobre as doenças crônicas de alta prevalência e seus cuidados com especial interesse no acesso e uso racional dos medicamentos. Também serão investigadas a utilização dos serviços de farmácia do SUS e do Programa Farmácia Popular do Brasil e as características de adesão ao tratamento apresentadas pelos entrevistados. SERVIÇOS: O delineamento da avaliação dos serviços seguirá o mesmo modelo utilizado no inquérito domiciliar com as inclusões, alterações e adaptações necessárias para a dar conta adequadamente das diferenças entre os dois modelos de estudo. A amostra será composta de 75 municípios dos 300 selecionados para o inquérito. Isso corresponde a uma proporção de 1 para 4. Esses 75 municípios serão distribuídos em frações iguais de 15 municípios para cada região do Brasil e, em cada região, serão organizados em três grupos de acordo com o tamanho da população do município sendo, então, cinco municípios de pequenos porte, tercil inferior; cinco municípios de médio porte, tercil médio da distribuição e cinco municípios de grande porte que deverão corresponder ao tercil superior da distribuição da população em cada uma das regiões. Em cada um dos municípios selecionados serão identificadas duas unidades de saúde mais próximas de cada um dos dois setores censitários sorteados para o inquérito domiciliar. Essa estratégia tem como meta avaliar o serviço o mais próximo possível da amostra domiciliar investigada de forma a permitir algum grau de relacionamento entre os serviços, os usuários e os moradores de cada região. O tamanho da amostra estimado para os serviços é de 30 usuários por unidade. Considerando-se 15 municípios por região e duas unidades de saúde por município somam-se 900 entrevistas que é um número aproximado àquele estimado para cada um dos domínios da amostra do inquérito domiciliar. Os usuários serão arrolados de forma consecutiva em pelo menos dois dias e turnos de

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

trabalho em que a unidade de saúde estiver em funcionamento para atendimento de qualquer natureza. Caso esse número não seja atingido nesse tempo deverão ser feitas tantas quantas visitas necessárias para atingir a meta amostral. Nos casos de unidades volantes ou que tenham seu funcionamento em período menor ao tempo de permanência da equipe de campo do inquérito domiciliar serão aceitas entrevistas realizadas em um único turno ou dia. Nos casos dos profissionais das unidades será selecionado aquele que estiver presente em um dos turnos das entrevistas com os usuários ou aquele que o tempo gasto para a entrevista tenha o menor impacto no atendimento dos pacientes da unidade. Em cada uma das unidades será avaliada a infraestrutura disponível e os medicamentos armazenados em estoque e para distribuição. Desses medicamentos será selecionada uma amostra ao acaso para a verificação da data de validade do produto. Os gestores e demais responsáveis pela assistência farmacêutica do município serão entrevistados em seu local de trabalho em dia e hora por eles definido. Os dados resultantes do trabalho de campo serão tratados em aplicativos de estatística disponíveis na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para cada modelagem específica poderão ser utilizados os softwares IBM SPSS, SAS ou Stata. A interpretação dos resultados será desenvolvida com suporte da teoria das probabilidades e da inferência estatística do método quantitativo de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral consiste em avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos pela população brasileira.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a utilização de medicamentos para as doenças mais prevalentes;

Caracterizar os medicamentos segundo os componentes da assistência farmacêutica: medicamentos da atenção básica, medicamentos estratégicos e medicamentos do componente especializado;

Identificar as formas e locais de obtenção de medicamentos incluído o SUS, as farmácias provadas e o programa Farmácia Popular;

Avaliar os indicadores de racionalidade do uso de medicamentos e do grau de seguimento das prescrições em relação à adesão e persistência com o tratamento medicamentoso;

Avaliar o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais e econômicas. Avaliação a presença de cuidados com as doenças crônicas associadas ao uso de serviços de saúde a ao

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

estilo de vida;

Avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica na a garantia do acesso e o uso racional de medicamentos da população;

Avaliar possíveis efeitos das políticas públicas de acesso a medicamentos na redução dos gastos individuais com medicamentos e no combate a iniquidade;

Avaliar a Política de Saúde no Brasil referente à Assistência Farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos:

Por se tratar apenas de entrevista, o risco pode ser considerado muito baixo, apenas o eventual transtorno de responder à entrevista.

Benefícios:

A avaliação do acesso e do uso racional de medicamentos pode fornecer subsídios para tornar a assistência farmacêutica mais efetiva dentro do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da análise da emenda ao projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente emenda ao projeto tem como objetivo:

- 1- Informar que ingressaram na equipe do presente estudo 3 pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG: Juliana Alvares, Francisco de Assis Acurcio e Augusto Afonso Guerra Junior;
- 2 - Apresentar os instrumentos de campo que foram revisados e atualizados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto proposta.

Situação: Emenda aprovada.

BRASILIA, 04 de Maio de 2014

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br